

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE.

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

FAITES A L'HOTEL-DIEU DE PARIS,

PAR

LE BARON DUPUYTREN,

CHIRURGIEN EN CHEF.

SECONDE ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

D'APRÈS LES MANUSCRITS LÉGUÉS PAR L'AUTEUR,

RECUEILLIS ET PUBLIÉS

PAR LES DOCTEURS

BRIERRE DE BOISMONT ET MARX.

TOME QUATRIÈME.



Bruxelles,

SOCIÉTÉ ENCYCLOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES,

RUE DE FLANDRE, N° 155.

1839.

LEÇONS ORALES

DE

CLINIQUE CHIRURGICALE

FAITES A L'HOTEL-DIEU DE PARIS

PAR M. LE BARON DUPUYTREN.

ARTICLE I.

DES ANUS CONTRE NATURE. — MÉTHODE NOUVELLE POUR LES TRAITER.

C'est avec un juste sentiment de défiance dans mes forces que je viens vous entretenir de l'*anus accidentel*, maladie dégoûtante et dangereuse tout à la fois, qui condamne ceux qu'elle atteint à vivre loin du monde, à charge à la société ainsi qu'à eux-mêmes; qui les fait languir dans des infirmités repoussantes, et les fait souvent mourir dans un marasme affreux.

En effet, je ne saurais me dissimuler les difficultés d'un pareil sujet : ces difficultés sont telles que, même après avoir réduit un immense travail à une analyse succincte, je dois craindre encore de rebuter votre délicatesse ou de fatiguer votre attention par la nature et le nombre des détails dans lesquels je crois être obligé d'entrer.

Toutefois, convaincu, par une heureuse expérience, que rien de ce qui intéresse l'humanité n'est étranger à vos savantes méditations, et que tout ce qui est utile est par cela même assuré d'exciter, de fixer votre attention, j'oserai l'appeler sur une maladie réputée incurable dans un grand nombre de cas, et qui doit aux travaux que je vais exposer d'être rentrée dans la classe de celles que l'art peut guérir sans beaucoup de difficultés et sans dangers.

La marche naturelle des choses voulait qu'avant de rien entreprendre contre cette affection, je me fusse auparavant bien assuré de l'état anatomique et de l'action des parties qu'elle intéresse; c'est aussi la marche que j'adopterai dans l'exposé du résultat de mes recherches.

Disposition des parties dans l'anus accidentel. — Dans l'état de santé, les aliments parcourent en un temps donné toute la longueur du canal digestif, et subissent, dans chacune de ses parties, une suite d'élaborations différentes, mais nécessaires, à la suite desquelles ils fournissent aux vaisseaux absorbants les éléments de la nutrition, après quoi leur résidu est dirigé vers l'anus par lequel il est expulsé en vertu d'actions soumises à la volonté.

Le temps ou la durée du séjour, l'espace parcouru, les élaborations successives de la matière alimentaire, l'absorption du chyle, enfin l'expulsion des résidus en vertu d'actes volontaires constituent une suite de conditions nécessaires, indispensables même à l'action régulière du canal digestif.

D'où il suit que si par l'effet de quelques maladies ces conditions nombreuses viennent à être altérées, réduites ou bien empêchées, il y aura imperfection, trouble, désordre dans la digestion, atteinte plus ou moins profonde à la nutrition qui en est le but ou le résultat; c'est ce qui arrive dans l'anus accidentel.

Cette maladie consiste dans une ouverture originelle ou bien accidentelle du canal intestinal sur un point différent de l'anus naturel, et par laquelle les aliments ou leur résidu sont rejetés au-dehors, involontairement et avant d'avoir

subi la suite complète des élaborations qu'ils doivent éprouver.

Elle est rarement native ou bien originelle. Elle est presque toujours la suite de plaies avec ou sans perte de substance, d'inflammations, d'abcès, et surtout d'étranglements qui se sont terminés par la destruction d'une partie plus ou moins considérable des parois de l'intestin.

Ce n'est pas ici le lieu de parler de l'anus contre nature originel ou bien congénital, vice de conformation ou maladie, dont nous nous occuperons ailleurs; il ne doit être question ici que de l'*anus accidentel*. Celui-ci n'est pas aussi facile à établir qu'on pourrait l'imaginer; et alors même que la vie ne peut être conservée que par le moyen de cette triste et cruelle infirmité, la nature et l'art échouent souvent contre les difficultés qui s'opposent à sa formation. L'art échoue bien plus souvent encore que la nature dans l'établissement de cette ouverture supplémentaire de l'anus naturel; c'est qu'il faut, pour qu'elle s'établisse sans danger, des *préparations* qui sont au pouvoir de la nature, et qui manquent presque toujours à l'art.

L'établissement d'un anus accidentel exige, en effet, le concours d'un grand nombre de circonstances; il faut que l'intestin, aux dépens duquel l'anus contre nature doit se former, soit placé vis-à-vis du point des parois de l'abdomen par lequel les matières devront sortir. Il faut que cet intestin puisse être retenu dans le voisinage, ou, mieux encore, qu'il puisse être engagé et fixé dans une ouverture des parois du ventre. Il faut qu'une communication facile puisse être établie entre cette ouverture et celle de l'intestin. Il faut surtout que les bords de ces deux ouvertures puissent contracter des adhérences entre elles, ou bien avec les parties voisines; circonstances dont la réunion est rare et difficile, comme l'expérience l'a trop souvent prouvé.

Une fois établi, l'anus accidentel présente une ouverture formée aux dépens de l'intestin et des parois de l'abdomen, unis et intimement adhérents l'un à l'autre. Cette ouverture

presque toujours arrondie, mais quelquefois irrégulière, a des dimensions qui varient, suivant les cas, depuis quelques lignes jusqu'à un pouce de diamètre et plus. Autour de cette ouverture existent ordinairement des plis rayonnants formés par la peau froncée sur elle-même; ses bords offrent dans toute leur étendue un cercle formé par la cicatrice qui unit la peau de l'abdomen à la membrane muqueuse de l'intestin.

C'est aux bords de cette ouverture qu'existent, entre l'intestin et les parois de l'abdomen, les adhérences sans lesquelles il ne saurait y avoir d'anus contre nature.

Ces adhérences sont produites par une *inflammation adhésive* qui se déclare, dès les premiers temps, de l'issue de l'intestin au dehors. Quelques heures suffisent à leur production, mais plusieurs jours leur sont nécessaires pour acquérir de la solidité. Elles commencent toujours par les surfaces séreuses de l'intestin et de l'abdomen, et elles s'étendent par degrés aux autres tissus divisés, et bientôt après à la peau et à la membrane muqueuse. Dans les hernies, ces adhérences précèdent la destruction des parties, et elles préviennent, le plus souvent, l'épanchement des matières dans le ventre : dans les plaies, au contraire, elles ne surviennent qu'après la division de l'intestin; c'est pourquoi cette division est si fréquemment suivie d'épanchements mortels. Leur étendue varie : elle est d'une demi-ligne à une ligne chez le plus grand nombre des sujets, chez d'autres elle est de quelques lignes, quelquefois, mais rarement elle est d'un demi-pouce. Ces adhérences ont pour moyen une substance qui passe successivement de l'état glutineux à l'état celluleux, et enfin à l'état fibreux. Arrivées à ce dernier degré d'organisation, elles sont assez fortes pour résister efficacement à l'action de la plupart des causes qui tendraient à détacher les bouts de l'intestin des parois de l'abdomen.

Mais comme elles ne remontent jamais bien haut le long des bouts de l'intestin, il en résulte que ceux-ci, n'étant que contigus et enveloppés par une membrane lisse, comme dans tout le reste de leur étendue, ils laissent entre eux une sorte de cul-de-sac dont l'entrée regarde le ventre, et dont le fond

correspond à la peau, et dans lequel les organes abdominaux s'engagent pour produire, chez certains sujets, des hernie qui soulèvent, compriment, dévient et compliquent plus ou moins l'anus accidentel.

L'entrée des anus accidentels est presque toujours occupée par quelque partie de la membrane interne du canal intestinal irrégulièrement boursouflée, et d'un rouge plus ou moins foncé : assez souvent cette ouverture donne passage à des parties renversées du canal intestinal, qui, chassées du ventre, sortent par l'anus contre nature en s'invaginant sur elles-mêmes; par ce moyen il se forme un double cylindre dont la surface offre à nu la membrane interne de l'intestin avec ses valvules et ses cryptes plus ou moins irritées et saignantes.

Ce renversement a lieu, dans le plus grand nombre des cas, aux dépens du bout supérieur de l'intestin. Dans d'autres cas, il est produit aux dépens du bout inférieur, et quelquefois aux dépens de tous deux en même temps; il affecte constamment une direction curviligne qu'il doit à la forme et à la résistance du mésentère. Sa longueur varie depuis un jusqu'à quinze ou un plus grand nombre de pouces, et on sent tout ce qu'il doit ajouter à une maladie si désagréable et si douloureuse même dans son état de simplicité.

Entre l'ouverture de la peau et le fond de l'anus accidentel, existe une espèce d'entonnoir, dont l'illustre Scarpa a le mieux observé et décrit les dispositions. Cet entonnoir est formé aux dépens de parties variées que l'inflammation et le contact des matières ont ramenées à une nature identique, à celle des membranes muqueuses; son sommet est à la peau, et sa base à l'intestin. Sa longueur, sa direction, sa forme et ses dimensions varient à l'infini, et ont l'influence la plus grande sur la guérison de l'anus contre nature. Plus cet entonnoir a de longueur et de capacité, et plus, en général, la nature a de tendance à guérir cette infirmité, ou à seconder l'art dans les efforts qu'il fera vers ce but.

C'est dans le fond de cet infundibulum que se trouvent les dispositions les plus remarquables et les plus importantes de l'anus contre nature. Là existent les orifices des deux bouts

du canal intestinal et la cloison qui les sépare. De ces deux orifices, l'un appartient à la partie supérieure de l'intestin; celui-ci, toujours traversé par les aliments et les matières stercorales, est le plus libre et le plus large des deux. L'autre orifice appartient à l'extrémité inférieure de l'intestin; et comme il ne reçoit aucune matière alimentaire ou stercorale, ou qu'il n'en admet que de très petites quantités, il est ordinairement étroit, resserré, et difficile à trouver.

Au-delà de ces deux orifices sont les deux extrémités de l'intestin dont ils sont la terminaison. Ces extrémités, villeuses et tapissées par des mucosités en dedans, lisses, revêtues par le péritoine, et lubrifiées par de la sérosité en dehors, se plongent dans le ventre quelquefois en se croisant, d'autres fois en se contournant, dans quelques cas en marchant parallèlement, et le plus souvent en s'écartant l'une de l'autre à angle plus ou moins aigu; enfin elles finissent, en se courbant de plus en plus, par se perdre dans les circonvolutions du canal intestinal.

Entre les deux orifices se trouve placée de champ une saillie anguleuse plus ou moins prononcée, et plus ou moins voisine de l'entrée de l'entonnoir dont nous venons de parler; cette saillie, déjà entrevue et indiquée par Saviard et par Morand, résulte de l'adossement et de la réunion, sous un angle aigu, des parois correspondantes des deux parties du canal intestinal qui aboutissent à l'anus contre nature. Formée par la partie d'intestin que la gangrène ou les plaies ont ménagée du côté du mésentère, cette saillie s'avance plus ou moins vers la peau, suivant que l'intestin a éprouvé une perte de substance plus ou moins grande, et qu'il a subi un changement plus ou moins marqué dans sa direction : elle est presque nulle et cachée dans la profondeur de l'entonnoir lorsque l'intestin n'a été qu'entamé par une plaie ou par une escharre, et lorsqu'il côtoie la face postérieure de la paroi de l'abdomen dans la direction de la courbe qui lui est propre : elle est est très grande, et elle s'avance jusqu'au niveau de la peau lorsque l'intestin a été détruit dans toute sa circonférence, et lorsque, par suite de cette perte de substance, ses

deux bouts se rencontrent sous un angle aigu, et, à plus forte raison, lorsqu'ils sont parallèles. Dans le premier cas il existe en travers des deux orifices de l'intestin, une gouttière cylindroïde plus ou moins profonde qui peut encore diriger les matières du bout supérieur vers l'inférieur; c'est l'espèce d'anus contre nature qui est la plus aisée à guérir. Dans le second cas il n'existe pas vestige de cette gouttière, et l'éperon dont nous parlons, placé entre les deux orifices de l'intestin, met entre eux une barrière que les matières ne sauraient franchir ou contourner; c'est l'espèce d'anus accidentel la plus difficile à guérir.

Cette saillie, ou cet éperon, quoique placée entre les deux orifices de l'intestin, ne partage pas en deux parties égales le fond de l'entonnoir; ou, s'il en est ainsi dans le principe, ce partage devient fort inégal par la suite. En effet, détourné par le courant des matières qui affluent par le bout stomacal de l'intestin, cet éperon charnu et mobile se porte bientôt vers l'orifice du bout anal : il le rétrécit et il fait, par rapport à lui, l'office d'une valvule qui en ferme quelquefois l'entrée d'une manière hermétique. De là les difficultés qu'on éprouve si souvent à trouver l'orifice du bout anal de l'intestin.

Cet éperon, examiné du côté de la cavité intestinale, a la forme d'un croissant dont les angles, dirigés de la concavité vers la convexité de l'intestin, se perdent en s'effaçant insensiblement sur les parois de cet intestin ou sur les bords de l'anus accidentel. Examiné du côté du ventre, on le voit se dédoubler, et les deux moitiés égales dont il se compose s'écarter et recevoir le mésentère dans leur intervalle.

Cette division de l'éperon à sa base est le résultat du mécanisme de sa formation. Produit comme il l'est par l'adossement à angle plus ou moins aigu des deux moitiés d'une anse d'intestin, il n'est formé d'une seule paroi que sur son bord tranchant; partout ailleurs il est formé de deux parois qui laissent entre elles un intervalle triangulaire, lequel s'élargit d'autant plus que les deux parties de l'anse intestinale s'écartent davantage en rentrant dans le ventre.

Il résulte de cette dernière disposition un fait de la plus haute importance, c'est que la cavité de chacun des deux bouts est séparée de l'autre par une cloison double, dont les surfaces du côté du ventre sont lisses et libres de toute adhérence entre elles, et que pour arriver de l'une de ces cavités dans l'autre, en traversant leurs parois, il faut de toute nécessité traverser aussi la cavité du péritoine. De là naissent les difficultés et les dangers des communications à établir entre les deux bouts de l'intestin, en attaquant la cloison qui les sépare.

L'éperon et la double cloison qui lui fait suite, ne sont pas fixés d'une manière tellement invariable, qu'ils ne puissent avancer ou reculer. Liés au mésentère, ils suivent, jusqu'à un certain point, les mouvements qui leur sont imprimés par ce ligament.

Les dispositions du mésentère dans l'anus accidentel, encore qu'elles aient moins d'importance, peut-être, que celle de l'intestin lui-même, méritent cependant une très grande attention. Ce repli membraneux, étendu de la partie antérieure de la colonne vertébrale à la concavité de la courbure de l'intestin, n'a, dans l'état ordinaire, que la longueur de l'espace compris entre ces deux points; et quoique extensible, il est toujours plus ou moins fortement tiraillé, lorsque l'intestin s'éloigne de sa situation ordinaire pour s'échapper du ventre, comme cela arrive dans la plupart des hernies et des plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue des parties.

Obligé de suivre l'intestin qui se déplace, le mésentère forme, dans la direction de la colonne vertébrale et de la partie d'intestin qui s'en est le plus éloignée, une corde dont la tension tient le corps incliné en avant, l'empêche de se redresser, et à plus forte raison, de se porter en arrière. C'est ce qu'on remarque surtout dans les hernies adhérentes.

Dans l'anus accidentel, l'extrémité de cette corde qui répond à l'intestin vient s'attacher au fond de l'angle rentrant que forme cet intestin du côté du ventre, précisément à la base de l'éperon qui sépare ses deux ouvertures.

Par suite de ces dispositions, l'éperon dont il s'agit et l'in-

testin qui y aboutit, doivent être continuellement attirés du côté du ventre par le mésentère, et l'effort exercé sur eux sera d'autant plus grand que cette membrane sera plus tendue. On conçoit dès lors l'influence heureuse que les mouvements et la position du corps en arrière doivent exercer dans la guérison spontanée de l'anus accidentel.

Cette tension a pourtant quelquefois des suites moins heureuses. Elle a suffi, à ma connaissance, chez deux individus, pour rompre l'adhérence qui unissait les deux bouts de l'intestin au parois de l'abdomen, et pour donner lieu à des épanchements mortels de matières stercorales dans le ventre.

Cette action du mésentère sur l'intestin ne finit pas même alors que l'anus contre nature est guéri; elle se continue encore long-temps après cette guérison et elle produit un phénomène fort extraordinaire que voici. Plusieurs individus, guéris sans opération d'anus accidentels, étant rentrés à l'Hôtel-Dieu au bout de quelques années, et ayant succombé à des maladies tout-à-fait étrangères à celle-là, je cherchai avec curiosité dans quel état étaient les parties; mais quel fut mon étonnement, lorsqu'au lieu de trouver l'intestin attaché, comme je le croyais, aux parois de l'abdomen, je le vis libre et flottant dans le ventre! J'aurais pu craindre une méprise, si, d'ailleurs, l'identité des individus n'eût été parfaitement constatée, et si je n'eusse trouvé un cordon fibreux étendu, du point de la paroi de l'abdomen correspondant à l'anus accidentel guéri, jusqu'à l'intestin.

Ce cordon, de quelques lignes de diamètre, et de quelques pouces de longueur, plus gros à ses extrémités qu'à sa partie moyenne, revêtu par le péritoine, et formé intérieurement par un tissu celluleux et fibreux, plein, c'est-à-dire sans aucune cavité intérieure, analogue enfin à ce qu'on nomme les ligaments ronds de la matrice, qu'était-il, sinon un produit de l'allongement progressif du tissu cellulaire, qui, lors de l'établissement de l'anus accidentel, avait, pendant quelque temps, uni l'intestin aux parois de l'abdomen? Et quelle autre cause avait pu produire cet allongement, si ce n'est la traction continuelle exercée sur l'intestin par le mésentère,

dans les divers mouvements qui avaient été imprimés au corps pendant la vie ?

Ainsi les efforts de la nature ne s'étaient pas bornés, chez ces malades, à fermer un anus accidentel : ils avaient encore éloigné l'intestin des parois du ventre sans l'en détacher complétement; ils lui avaient rendu sa courbure et sa mobilité naturelles, en allongeant en forme de cordon le tissu cellulaire qui les unissait; et l'amincissement de la partie moyenne de ce cordon autorise à conjecturer que sa rupture n'aurait pas tardé à faire disparaître jusqu'à la dernière trace des désordres qui avaient précédé, amené et suivi la formation de l'anus accidentel.

Ce ne sont pas là tous les changements que l'anus accidentel apporte dans les parties qu'il intéresse. Les deux bouts du canal intestinal, semblables en tout avant que l'anus contre nature ne les eût distingués, ne tardent pas à devenir très différents l'un de l'autre. Le bout supérieur, parcouru par les matières alimentaires, excité par leur présence, conserve non seulement son calibre, et l'épaisseur de ses parois, mais encore, obligé de suppléer à la partie inférieure du canal intestinal qui se trouve, en quelque sorte, interdite dans ses fonctions, il acquiert une ampleur et une épaisseur plus grandes ; il devient le siége d'une circulation, d'une sécrétion et d'une absorption plus actives ; l'excès de vie dont il est pénétré s'étend jusqu'au mésentère et aux glandes lymphatiques avec lesquels il est en rapport.

Au contraire, le bout inférieur du canal intestinal cessant d'être parcouru et d'être excité par les aliments et les fèces, ce bout n'ayant plus rien à recevoir, rien à contenir et à élaborer, se rétrécit dans son calibre, s'amincit dans ses parois, il se flétrit ainsi que le mésentère et les glandes lymphatiques qui lui appartiennent; et telle est, pour le dire en un mot, la différence qui s'établit entre deux parties d'intestin si voisines l'une de l'autre, qu'en moins de quelques années elles semblent appartenir à deux individus et à deux époques différentes de la vie : savoir, le bout supérieur au canal intestinal d'un adulte, le bout inférieur à celui d'un nouveau-né.

Cependant ce dernier intestin ne s'oblitère point; il ne reste pas même complétement vide : il se remplit peu à peu du produit des exhalations et des sécrétions intestinales que, par un reste de l'action qui lui est propre, l'intestin convertit en une matière d'un blanc mat, d'une consistance molle, d'une apparence albumineuse, et qui peut y séjourner, sans s'y corrompre, sans acquérir d'odeur et sans provoquer de coliques ou de contractions expulsives, pendant des mois et même pendant des années entières, temps au bout duquel elle est rendue sous forme de longs cylindres spontanément ou par l'effet de lavements.

Je passe sous silence, comme n'étant pas indispensables à l'objet principal de ce Mémoire, des variétés sans nombre de situation, de volume, de forme, de rapports et de complications de l'anus accidentel. Ce qui précède suffit pour expliquer l'influence qu'il exerce sur la digestion et sur la nutrition, et j'arrive aux conséquences qu'entraîne cette maladie.

Dans l'état ordinaire, l'intestin libre et flottant, quoique attaché au mésentère, décrit dans le ventre une suite de courbes uniformes que les aliments parcourent sans difficultés et sans efforts : un anus accidentel vient-il à s'établir? cette suite de courbes, si favorable au cours des matières alimentaires, est aussitôt altérée. Une anse d'intestin s'allonge, se porte vers quelque point entr'ouvert des parois de l'abdomen; elle prend la forme d'un triangle dont la base est au mésentère et dont les côtés sont mesurés, l'un par le bout stomacal, l'autre par le bout anal de l'intestin. On voit déjà, et on observe tous les jours, dans les hernies les plus simples, ce que la direction anguleuse, substituée à la courbe régulière et uniforme de l'intestin, apporte d'embarras dans la circulation des matières alimentaires et stercorales.

La mobilité, cette autre condition du canal intestinal, si nécessaire aux changements de situation, de volume, de forme, et surtout aux mouvements péristaltiques et anti-péristaltiques, au moyen desquels les matières cheminent, cette mobilité fait bientôt place, dans une étendue plus ou

moins considérable, à une fixité absolue que déterminent de nombreuses et de fortes adhérences. Cette fixité ne s'oppose pas seulement aux mouvements des intestins : elle a un autre effet qui n'est pas moins remarquable ; c'est que la partie d'intestin engagée à travers les parois de l'abdomen devient un point fixe sur lequel s'appuient les efforts du canal intestinal, et vers lequel ils portent et dirigent sans cesse les matières, d'où résulte une accélération réelle dans leur marche depuis l'estomac jusqu'à l'anus accidentel.

Mais, ce qui est bien plus grave, l'espace parcouru par les aliments est diminué, la durée de leur séjour est abrégée, leur digestion reste incomplète, l'absorption se trouve réduite, la nutrition est altérée, enfin, l'évacuation des matières stercorales est soustraite à l'empire de la volonté, ainsi qu'on va le voir.

Chaque animal a un canal alimentaire, dont la longueur est en rapport avec la nature des aliments dont il se nourrit, et chaque partie de ce canal exerce, sur les aliments qui la traversent, une action particulière et différente de celle qui la précède et de celle qui la suit; d'où il résulte, que l'anus accidentel, en diminuant la longueur de ce canal, en réduisant la somme des élaborations que les aliments y subissent, doit porter une atteinte plus ou moins profonde à la digestion; or cette atteinte est d'autant plus grande que l'anus accidentel est plus rapproché de l'estomac, ou bien, en d'autres termes, que la longueur de la partie active de l'intestin se trouve plus raccourcie par lui.

Il en est de même de la durée du séjour des aliments dans le canal alimentaire. Cette durée, proportionnée à la longueur de ce canal ainsi qu'à la nature des aliments, est toujours abrégée d'une plus ou moins grande quantité par la maladie dont il s'agit.

Ces altérations diverses dans les conditions et dans les fonctions du canal alimentaire, ont un résultat commun ; c'est que les aliments sont rejetés avant d'être complétement digérés, ou du moins, avant d'avoir pu fournir les éléments de nutrition qu'ils contiennent. Aussi voit-on, dans les ma-

tières qui s'échappent par l'anus accidentel, un mélange hétérogène d'aliments complétement digérés, d'aliments qui ne le sont qu'à demi, et d'aliments qui ne le sont pas du tout.

L'absorption du chyle n'est pas moins empêchée. Pour s'exercer avec avantage, cette fonction a besoin d'une large surface; aussi dans l'état ordinaire s'accomplit-elle, quoique à des degrés différents, sur toute la longueur et sur toute la surface intérieure des intestins. Cette surface si nécessaire, l'anus accidentel la réduit à celle de la partie du canal intestinal qui est comprise entre l'estomac et lui; or, dans quelques cas, elle est tellement bornée que les matières alimentaires sortent par l'anus contre nature, toutes chargées du chyme dont les vaisseaux absorbants n'ont pas eu le temps d'extraire le chyle.

C'est encore avec regret que je passe sous silence une multitude de faits que l'observation attentive des anus accidentels a révélés sur la durée du séjour des aliments dans l'estomac et dans l'intestin grêle, sur la digestibilité plus ou moins grande de ces aliments, suivant qu'ils sont de nature animale ou végétale, suivant leurs qualités particulières, leur état de crudité ou de coction, de simplicité ou d'assaisonnement, etc. Tous ces faits, curieux et importants pour la physiologie, m'éloigneraient du but de ce Mémoire vers lequel je dois me hâter.

Du nombre et de la gravité des altérations survenues dans les fonctions des intestins et des absorbants dépendent celles qu'on observe dans la nutrition. Chez les uns elle se soutient sans éprouver de diminution très notable, chez les autres elle s'altère rapidement, suivant que l'anus contre nature se trouve plus ou moins éloigné ou rapproché de l'estomac. En est-il très rapproché; est-il établi très près de l'estomac, comme sur le commencement de l'intestin grêle? les forces diminuent, le corps maigrit et se dessèche, la peau prend un aspect terreux et le malade meurt d'inanition au bout d'un terme plus ou moins court.

Parlerai-je ici de l'écoulement involontaire des matières stercorales? L'anus accidentel, établi au hasard sur des

points très variés de l'abdomen, n'est et ne peut être environné d'aucun appareil de muscles capable d'en ouvrir et d'en fermer l'entrée au gré des besoins et de la volonté de l'individu. Cette entrée toujours béante est, par conséquent, toujours ouverte aux matières qui se présentent sans cesse. D'ailleurs cet appareil de muscles existât-il, les matières alimentaires et excrémentitielles, privées d'un réservoir où elles pussent se réunir, séjourner et se former, comme cela arrive dans le gros intestin, cet appareil, obligé d'obéir à des besoins que chaque instant voit se renouveler, ne serait pas d'un grand secours.

De là résulte pour les malades une série nouvelle d'incommodités moins graves, sans doute, mais plus vivement ressenties par eux que les atteintes portées à la nutrition. De là, en effet, l'écoulement continuel et involontaire de matières muqueuses, bilieuses, alimentaires, ou stercorales, suivant les états de la digestion et la hauteur à laquelle l'anus accidentel se trouve. De là l'odeur infecte du corps et des vêtements, les excoriations, les fissures, les érysipèles, les démangeaisons, le prurit insupportable, qui font de l'existence de ces malheureux un supplice de tous les moments.

Ce supplice n'est que faiblement adouci par les lotions, les onctions et les autres soins de propreté. Les réservoirs imaginés pour recevoir les matières ne sont qu'un palliatif bien insuffisant de ces incommodités, et la compression qui seule, en retenant les matières dans l'intestin, pourrait s'opposer à leur écoulement au-dehors, donne souvent lieu à de graves accidents qui obligent à y renoncer. Tels sont, en abrégé, les dispositions et les effets de l'anus accidentel. Leur comparaison attentive ne saurait laisser aucun doute sur les circonstances qui permettent à la nature de guérir cette maladie dans certains cas, et sur celles qui, dans d'autres cas, la rendent rebelle aux efforts réunis de l'art et de la nature.

Il est évident que l'éperon et la cloison qui séparent les deux bouts de l'intestin, sont, par leur position plus ou moins avancée dans l'anus contre nature, les causes qui permettent ou qui empêchent la guérison de cette maladie.

Mais comment vaincre les obstacles qu'ils opposent? Peut-on repousser du côté du ventre les parties qui les constituent? Peut-on diviser ces parties par une section instantanée, par des ligatures, par une section lente ou graduée?

Ce sont autant de questions que je me propose d'aborder, et que j'espère résoudre, si l'Académie daigne m'accorder quelques moments dans sa prochaine séance.

Nouvelle méthode pour traiter l'anus contre nature. — Je crois avoir établi, dans la première partie de ce Mémoire, que l'adhérence, la direction anguleuse et l'immobilité substituées à la courbe régulière et douce, ainsi qu'à la mobilité de l'intestin en tous sens; que la perte de substance que celui-ci a éprouvée et le rétrécissement qui en est le résultat; que l'éperon et la double cloison qui séparent ses deux bouts, sont la cause de l'écoulement des matières stercorales au-dehors, et les obstacles qui s'opposent au rétablissement de leur cours ordinaire au-dedans.

Cependant ces obstacles, quelque grands qu'ils soient, ne sont pas toujours insurmontables, et la nature et l'art ont plus d'une fois réussi à les vaincre.

La perte de substance de l'intestin est sans doute irréparable dans son essence, et il ne saurait s'en faire de reproduction ou de régénération. Mais l'extension du tissu des parois et la dilatation du calibre de l'intestin peuvent suppléer, et, en effet, elles suppléent plus ou moins efficacement, dans certains cas, à la perte de substance éprouvée par lui.

L'adhérence aux parois de l'abdomen, sans cesser complétement, peut devenir moins intime; elle peut même se relâcher, au point de permettre aux bouts de l'intestin de se mettre dans une direction et dans des rapports plus favorables au rétablissement du cours des matières. La saillie formée par l'éperon et par la cloison double qui sépare les deux bouts de l'intestin, peut aussi être diminuée par les tractions du mésentère et par l'effort que font les matières pour passer du bout supérieur dans l'inférieur.

Une alimentation forte, et telle qu'elle a été conseillée par Louis, dans la vue d'agrandir, par degrés, les voies de com-

munication entre les bouts de l'intestin ; les purgatifs conseillés par d'autres, pour forcer les obstacles qui s'opposent à la liberté de ces communications ; l'introduction, à l'exemple de Desault, de mèches de charpie d'un volume croissant par degrés, pour dilater le resserrement qui les sépare ; les mouvements et la position du corps en arrière employés par nous, pour tendre le mésentère et effacer l'éperon et la cloison qui lui fait suite ; la compression conseillée de temps immémorial sur l'orifice externe de l'anus contre nature, pour empêcher les matières de s'écouler au-dehors et les obliger de se frayer une route par les voies ordinaires ; ces ressources et ces moyens divers, employés ensemble ou séparément, ont produit et produiront encore un assez grand nombre de cures. Loin de le nier, nous sommes les premiers à le proclamer ; mais dans quelles circonstances ont-ils réussi ? Voilà ce qu'il faut établir, afin de distinguer, pour toujours, les cas où les efforts de la nature et ceux de l'art peuvent suffire à la guérison des anus accidentels, de ceux où ces moyens échouent constamment et où il faut par conséquent chercher des ressources plus efficaces.

Presque tous les anus accidentels qui ne consistent que dans de simples perforations d'un point de la circonférence et de la longueur du canal intestinal sont curables, qu'ils soient ou non supportés par une hernie ; ces cas ne constituent, à proprement parler, que des fistules stercorales derrière lesquelles l'intestin se trouve presque tout entier, sans avoir subi ni perte de substance, ni rétrécissement, ni changements de direction bien marqués.

Il suffit des efforts de la nature, qui tend en général à fermer toutes les ouvertures accidentelles, et d'une compression légère, pour guérir le plus grand nombre de ces fistules. Il n'est guère de praticien qui n'ait vu, il n'est guère d'auteur qui n'ait cité de semblables guérisons qu'on ne saurait confondre, sans ignorance, avec celle des anus accidentels dont nous parlerons plus bas.

Une assez grande partie des anus accidentels, produits par la destruction ou l'enlèvement d'un tiers et même de la

moitié de la circonférence du canal intestinal, dans une étendue de quelques lignes à un pouce de longueur, sont encore susceptibles d'être guéris, qu'ils soient ou non compliqués du renversement de l'intestin. En effet la perte de substance et le changement de direction subis par l'intestin, la saillie de l'éperon et de la cloison qui le forme ne sont pas encore assez considérables pour mettre des obstacles insurmontables au rétablissement du cours des matières.

Ces obstacles cèdent ordinairement aux efforts de la nature secondée par la réduction des parties renversées, lorsqu'il en existe; par une compression exacte qui s'oppose à l'écoulement des matières au-dehors; par une alimentation abondante qui dilate les parties rétrécies; par les mouvements et la position du corps en arrière, lesquels tendent à effacer l'éperon et la cloison qui séparent les deux bouts de l'intestin. Nous avons souvent obtenu de ces cures, et les auteurs en citent un assez grand nombre.

Les anus accidentels qui résultent de la perte de substance des deux tiers, ou des trois quarts de la circonférence de l'intestin et d'une étendue proportionnée de sa longueur, sont d'autant moins curables que cette perte de substance a été plus grande et que l'intestin a subi un plus notable changement dans sa direction. Alors, le rétrécissement du calibre de l'intestin, la saillie de l'éperon et de la cloison se trouvent portés au point de mettre de grands obstacles au passage des matières stercorales du bout supérieur dans l'inférieur.

Néanmoins les moyens précédemment indiqués, unis à une compression plus forte, à l'usage des purgatifs et à celui des mèches qui dilatent l'intestin et qui le redressent, réussissent quelquefois, comme on en voit des exemples çà et là, et notamment dans les œuvres de Desault; mais ils donnent souvent lieu à des accidents qu'on ne saurait passer sous silence sans mauvaise foi.

Enfin les anus accidentels dans lesquels il y a perte ou destruction de substance des quatre cinquièmes, et, à plus forte raison, de la totalité de la circonférence de l'intestin,

avec ou sans y comprendre le mésentère, quelle que soit d'ailleurs l'étendue de la perte qu'ils aient subie en longueur, ces anus accidentels sont presque toujours rebelles aux efforts réunis de la nature et de l'art. La perte de substance, le rétrécissement du calibre, le changement de direction, la saillie de l'éperon et de la cloison sont ici portés au plus haut degré, et opposent un obstacle invincible au rétablissement du cours ordinaire des matières dans le canal intestinal; et la compression, seul moyen qui soit un peu efficace, lorsqu'elle est assez exacte pour fermer toute issue aux matières par l'anus accidentel, produit immédiatement tous les accidents de l'étranglement, tels que coliques, nausées, hoquets, vomissements, etc.

Il résulte, tant des observations qui me sont propres que de celles que j'ai recueillies dans les auteurs, les unes et les autres en très grand nombre, que les anus accidentels susceptibles d'être guéris sont à ceux qui résistent opiniâtrément comme 3 : 1, c'est-à-dire que les deux tiers des malades guérissent par les moyens ordinaires, et qu'un tiers persiste et exige des moyens plus efficaces. C'était contre ces anus accidentels, rebelles à tous les efforts et à tous les moyens, qu'il fallait chercher un traitement.

Mais pour procéder dans ces recherches avec sûreté et avec fruit, il fallait établir avec exactitude et avec précision le point de la difficulté et les obstacles à vaincre.

La perte de substance éprouvée par l'intestin et le rétrécissement de son calibre, l'adhérence de ses extrémités aux parois du ventre, et les changements survenus dans sa direction et dans sa mobilité; surtout l'éperon et la double cloison placés entre ses deux bouts, tels sont ces obstacles.

La perte de substance ne saurait être réparée, elle ne peut être que suppléée, ainsi que nous l'avons dit, et nous avons déjà fait voir les bornes de cette faculté.

L'adhérence, qui a fait le salut des malades, lorsque l'anus accidentel a été établi, pourrait-elle être détruite, sans les exposer de nouveau à tous les dangers qu'ils ont courus à cette époque? Mais cette adhérence fût-elle détruite, il res-

terait une perte de substance irréparable, dont on serait autant et plus embarrassé qu'avant la destruction de l'adhérence.

Il est vrai que l'adhérence étant une fois détruite, on pourrait, à l'imitation de Rhamdor, invaginer l'un des bouts de l'intestin dans l'autre, les maintenir tous deux dans cet état, à l'aide d'une suture, et les replacer ensuite dans le ventre.

Mais il n'est personne qui ne sente les difficultés et les dangers de cette méthode, et l'exemple donné par ce chirurgien ne sera, je crois, imité par aucun praticien raisonnable; agir ainsi serait en effet remettre tout en question, tout jusqu'à la vie des malades.

On pourrait peut-être, mettant à profit quelques uns des principes sur lesquels se fonde la méthode de traitement qui est l'objet de ce Mémoire, trouver un moyen plus efficace que ceux qui sont connus pour réunir les deux bouts de l'intestin; mais ces moyens ne feraient pas cesser le danger qu'il y aurait à détruire les adhérences de l'intestin aux parois de l'abdomen et à exposer cet intestin au contact de l'air qui suffit pour l'enflammer (1).

Il fallait donc respecter cette adhérence salutaire, et dès lors il ne restait qu'à attaquer l'éperon et la cloison.

La section pure et simple de cet éperon et de cette cloison, faite immédiatement avec des ciseaux ou bien avec tout autre instrument tranchant, paraissait au premier aspect un moyen aussi prompt que facile pour rétablir la communication entre les deux bouts de l'intestin, et il faut convenir que ce moyen serait infaillible, et qu'il devrait être adopté de préférence à tout autre, si ces deux bouts étaient adhérents entre eux jusqu'à une certaine hauteur. Mais un instant de réflexion sur les bornes de leur adhérence fait bientôt voir qu'une semblable opération exposerait les malades à une mort im-

(1) Depuis que ce Mémoire a été lu a l'Académie des sciences, deux moyens très ingénieux ont été proposés pour réunir les deux bouts d'un intestin divisé avec ou sans perte de substance; l'un de ces moyens a été imaginé par M. Jobert de Lamballe; l'autre par M. Lembert: tous deux me semblent parfaits, et si j'accorde la préférence à celui de M. Lembert, je ne dois pas omettre de dire qu'il a été précédé par M. Jobert.

médiate, par l'épanchement des matières stercorales dans le ventre.

En effet les adhérences qui unissent les bouts de l'intestin aux parois du ventre et entre eux ont à peine quelques lignes d'étendue, et l'incision qu'il faudrait faire aux parois adossées de l'intestin, pour être de quelque utilité, devrait avoir quelques pouces pour le moins. Dès lors il était évident que cette incision ne pouvait être pratiquée sans établir une communication mortelle entre l'intestin et le péritoine, et qu'il fallait renoncer à l'idée d'une section instantanée par le moyen d'un instrument qui agirait à la manière des tranchants ordinaires.

Il semblait plus conforme à la raison et à la prudence de déplacer cet éperon et cette cloison, en les repoussant dans le ventre par une pression, qui, exercée de l'extérieur à l'intérieur, seconderait et imiterait, en quelque sorte, les effets de la traction du mésentère. Si ces tentatives restaient sans succès, du moins, dans mon opinion, elles ne pouvaient avoir aucun inconvénient.

Pénétré de cette idée et de ces espérances, je fis construire un instrument dont je ne donne ici une idée que parce qu'il ne me paraît pas devoir être jugé sur l'unique essai que j'en ai fait. Il se compose d'un croissant, à pointe et à bord très mousses, ayant trois quarts de pouce d'ouverture, garni de linge, et monté sur une tige longue de deux à trois pouces terminée par une plaque allongée, un peu courbée, et percée à ses extrémités de trous pour recevoir des liens qui doivent passer autour du bassin.

Il existait alors à l'hôpital un malade affecté d'anus accidentel, pour lequel cet appareil de *répulsion* avait été imaginé et sur lequel il fut employé. La concavité du croissant fut appliquée sur l'éperon qui s'en trouva pressé d'avant en arrière, à l'aide de liens qui furent portés autour du bassin. Mais soit que l'application de cet instrument n'eût pas été faite avec assez de ménagement, soit par l'effet de toute autre cause, elle ne tarda pas à exciter des douleurs, des coliques et des nausées.

Je craignis que l'action de cet instrument, qui ne pouvait pas être réglée et calculée avec assez d'exactitude, et que le moindre mouvement du malade pouvait changer et porter au point de rompre les adhérences, ne finît par déterminer un épanchement mortel dans le ventre. L'instrument fut donc retiré, et le malade sortit de l'hôpital quelques jours après, sans avoir obtenu aucun soulagement, il est vrai, mais sans que les accidents qu'il venait d'éprouver eussent donné lieu à aucune suite fâcheuse. Ces essais avaient lieu en 1809. Ils avaient pour aide et pour témoin M. Rullier, alors chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu, et depuis l'un des médecins les plus distingués des hôpitaux et de la capitale.

Obligé de renoncer à l'espoir de repousser l'éperon et la saillie qui séparait les deux bouts de l'intestin, il ne me restait, dès lors, qu'à perforer ou à diviser ces parties.

L'idée de la perforation se présenta la première à ma pensée. Mais comment l'opérer ? Serait-ce avec un emporte-pièce, qui ouvrirait instantanément l'intestin et le péritoine? Mais une telle perforation aurait tous les inconvénients de la section avec un instrument tranchant sans en avoir la simplicité et la facilité ; elle produirait, comme l'incision, une ouverture par laquelle les matières s'épancheraient infailliblement dans le péritoine, circonstance qui serait immédiatement suivie de la mort. En effet tout épanchement de matières stercorales dans le ventre suffit, quelque faible qu'il soit, pour donner lieu à une péritonite sur-aiguë, par laquelle les malades les plus forts sont, aussi bien que les plus faibles, enlevés en quelques heures, après d'horribles douleurs. Il fallait donc trouver, avant tout, les moyens de prévenir cet épanchement.

Les deux bouts de l'intestin qui se rendent à l'anus accidentel sont, comme je l'ai dit, revêtus de tous côtés par le péritoine, et cette membrane forme autour d'eux une cavité non interrompue. Cette circonstance, qui forme une objection insoluble contre tout projet de division ou de perforation instantanées, devait fournir, comme on le verra plus tard, les moyens de diviser la double cloison qui sépare les intestins sans ouvrir la cavité du péritoine.

Une des propriétés les plus remarquables des membranes séreuses, est celle qu'ont leurs diverses parties de contracter des adhérences entre elles lorsqu'elles sont enflammées et lorsqu'elles sont en contact. Il n'est même pas toujours nécessaire que cette inflammation existe sur chacun des deux points en contact pour qu'il s'établisse union et adhérence entre eux. Il suffit pour cela, tant est grande la faculté dont nous parlons, qu'une des deux parties soit enflammée, car son contact ne tarde pas à exciter, dans la partie opposée, un travail d'où résulte une adhérence plus ou moins forte. C'est ce que l'on observe fréquemment dans les pleurésies costale et pulmonaire, dans les inflammations de la surface convexe du foie, etc., maladies à la suite desquelles il survient très souvent des adhérences de la partie de la plèvre et du péritoine enflammés avec les parties opposées.

Si donc je pouvais exciter entre les deux surfaces des intestins en contact et revêtues par le péritoine qui, comme chacun le sait, est une membrane séreuse, une inflammation capable de produire une adhérence, je pourrais ensuite perforer ou diviser les parois de ces intestins, et établir une communication entre leurs deux bouts sans danger de produire un épanchement dans le ventre.

Mais il fallait trouver le moyen de déterminer cette adhésion préliminaire des intestins. Je m'arrêtai d'abord à l'idée de traverser leur cloison à l'aide d'une aiguille qui écarterait les parties plutôt qu'elle ne les diviserait, et conduirait un fil pour remplir immédiatement le vide qu'elle pourrait laisser. Ce fil, après avoir excité une adhérence et une inflammation autour de lui, pourrait être grossi et remplacé ensuite par une mèche de volume croissant de jour en jour.

Rien ne pourrait même empêcher d'augmenter, plus tard, le volume de cette mèche, au point de détruire complétement la cloison qui sépare les deux intestins. Alors leurs cavités se trouveraient réunies et confondues, alors aussi on pourrait s'opposer, sans inconvénient, au passage des matières stercorales par l'anus accidentel, et les obliger enfin à reprendre leur cours ordinaire.

Telles furent mes premières idées sur les moyens de diviser cette cloison. Divers exemples de perforation des intestins par des corps étrangers qui avaient traversé leurs parois et celle de l'abdomen, sans donner lieu à aucun épanchement, vinrent fortifier ces idées. J'avais plus d'une fois observé la marche et les effets de ces corps étrangers, et notamment d'aiguilles et d'épingles, avalés et rendus, au bout d'un temps plus ou moins long, par la peau ; et j'avais pu bien constater que, dans leur trajet à travers des parties fort différentes par leur texture et leurs propriétés, ces corps avaient toujours été précédés et accompagnés d'une *inflammation adhésive* qui avait fait le salut des malades. Cette inflammation avait écarté les dangers, en déterminant, sur tout le trajet des aiguilles et des épingles, l'adhérence des membranes séreuses, synoviales, etc., et par là elle avait empêché ces corps de tomber dans la cavité de ces membranes et d'y causer des épanchements mortels ; tels devaient être les effets des aiguilles et des fils que je me proposais de mettre en usage.

Ces idées n'étaient encore fondées que sur l'observation ; je voulus leur donner la sanction de l'expérience sur les animaux vivants. Dans cette vue, je traversai, sur plusieurs chiens, le canal intestinal avec des aiguilles armées de fils que je laissai dans les plaies, et je réduisis les intestins dans le ventre. Il ne se fit d'épanchement sur aucun de ces animaux. Les plaies et les fils eux mêmes se trouvèrent, au bout de quelque temps, environnés par des inflammations adhésives qui les circonscrivaient de toutes parts. Je fis plus, j'embrassai, dans le cercle de quelques ligatures, des parties assez considérables, comme un quart, un tiers, et même la moitié de la circonférence de l'intestin ; je réduisis celui-ci dans le ventre, tantôt en abandonnant les ligatures, tantôt en les retenant au-dehors : il ne se fit encore d'épanchement dans aucun cas, et les animaux survécurent presque tous. Les ligatures abandonnées à elles-mêmes, et réduites dans le ventre, furent entraînées par les matières stercorales ; les autres furent retirées en masse et par une traction simul-

tanée sur les deux bouts du fil. A l'ouverture des corps, je trouvai constamment fermées les ouvertures faites par les aiguilles, et celles qui résultaient de la division des parois de l'intestin, par une inflammation adhésive, qui avait uni le péritoine de l'intestin traversé ou divisé avec le péritoine des parties voisines.

Je ne me bornai pas à ces expériences, quelque décisives qu'elles dussent paraître ; et, pour mettre l'intestin dans un état plus analogue encore à celui où il se trouve dans l'anus contre nature, j'attirai hors du ventre une anse intestinale ; j'en traversai la base, formée de deux parties d'intestin exactement adossées, avec une aiguille et un fil. J'arrêtai celui-ci à l'aide de nœuds accumulés sur ses extrémités, le plus près possible de l'intestin, et je réduisis le tout dans le ventre ; l'animal survécut encore, et je constatai, au bout de trois semaines, que le fil avait été entraîné malgré la résistance des nœuds faits à ses extrémités ; que les deux bouts d'intestin adossés adhéraient entre eux, par leurs surfaces correspondantes, à l'endroit où ils avaient été traversés, et qu'ils adhéraient en outre avec les parties voisines par plusieurs points de leur circonférence.

Soit donc que j'eusse simplement traversé l'intestin avec un fil, soit que j'eusse embrassé dans le cercle d'une ligature et que j'eusse fait tomber une partie de ses parois, soit enfin que j'eusse traversé la base d'une anse intestinale formée, comme dans l'anus accidentel, par deux bouts d'intestin adossés ; dans tous les cas, l'aiguille et le fil avaient déterminé l'adhésion de la surface de l'intestin traversé avec les parties correspondantes du péritoine voisin de cette surface. Dès lors il me sembla que j'avais trouvé le moyen de déterminer cette inflammation et cette adhésion préliminaire, sans lesquelles la section de l'éperon et de la cloison qui séparent les bouts de l'intestin dans l'anus contre nature devait infailliblement devenir mortelle.

Quelques années se passèrent au milieu de ces expériences, auxquelles s'en joignirent d'autres sur les facultés exhalante et absorbante des membranes séreuses. Elles furent faites t

répétées publiquement dans mes cours de physiologie, avec l'aide de M. Marandel, jeune médecin que la mort a trop tôt ravi à la science et à l'humanité.

Tel était le point où j'étais arrivé, lorsqu'il se présenta une occasion de répéter mes expériences sur le vivant.

Obs. I. — *Hernie étranglée. — Opération. — Anus contre nature. — Division de la cloison. — Emploi de l'aiguille et des fils. — Amélioration. — Nouvelles tentatives. — Mort. — Autopsie. — Péritonite.* — Le 17 mai de l'année 1813, entra à l'Hôtel-Dieu le nommé Aucler, âgé de trente-six ans, et affecté de hernie étranglée depuis cinq jours. L'ensemble des symptômes indiquait un étranglement des plus violents, situé au collet du sac herniaire; et l'oppression des forces portait à craindre que l'intestin ne fût déjà frappé de gangrène. Le salut du malade exigeait qu'on levât l'étranglement sans perdre de temps. L'opération fut donc pratiquée immédiatement, et elle mit en évidence une anse d'intestin de cinq pouces de longueur; l'étranglement était causé, comme je l'avais prévu, par le collet du sac, lequel avait déterminé une mortification circulaire à l'endroit où il embrassait l'intestin. Les débridements nécessaires ayant été pratiqués, l'intestin, trop malade pour être réduit, fut laissé au-dehors. Les accidents d'étranglement cessèrent aussitôt après l'opération; néanmoins plusieurs saignées furent pratiquées dans l'intention de prévenir une péritonite imminente.

Il ne s'écoula d'abord qu'une petite quantité de matières stercorales par la plaie; la chute de la presque totalité de l'anse d'intestin comprise dans la hernie ne tarda pas à leur livrer un passage plus large. Bientôt un anus contre nature s'établit par lequel la totalité des matières s'écoula. Les choses persistèrent dans ce dernier état pendant six semaines sans que la nature fît rien pour la guérison du malade.

Il me parut alors qu'une compression méthodique pourrait, en s'opposant à l'issue des matières au dehors, les obliger à se frayer une route du bout supérieur dans l'inférieur. Cette compression donna lieu à des accidents qui forcèrent à la lever au bout de quelques heures. Le malade semblait

condamné à un anus accidentel incurable, et cette idée l'importunait tellement qu'il ne cessait de provoquer l'emploi des moyens propres à le débarrasser de cette dégoûtante infirmité, quel que dût en être le résultat.

Un examen attentif de sa maladie me fit découvrir, entre autres dispositions, que les deux bouts de l'intestin étaient entre eux dans un parallélisme parfait, et que leurs orifices n'étaient séparés que par un éperon et une cloison très saillants. Ces dispositions et le désir bien prononcé du malade semblaient m'inviter à tenter quelque chose en sa faveur. Je réalisai donc le projet de perforer la cloison qui séparait les deux bouts de l'intestin; et, après avoir de nouveau étudié et comparé les moyens propres à atteindre ce but, je me décidai à traverser la cloison avec une aiguille portée le plus haut possible dans la cavité du bout supérieur; sa pointe fut reçue dans la cavité du bout inférieur et attirée ensuite au dehors. Un fil dont cette aiguille était armée la remplaça dans le trajet qu'elle avait parcouru.

L'opération fut courte, peu douloureuse, et ne donna lieu à aucun accident. Quelques jours après une mèche fut portée, à l'aide du fil, dans l'ouverture pratiquée à la cloison. Des gaz stercoraux commencèrent dès lors à s'échapper par l'anus naturel. Le volume de la mèche fut augmenté à chaque pansement, et huit jours étaient à peine écoulés, lorsque le malade éprouva des coliques, et rendit des matières stercorales par le fondement.

Encouragé par ce succès, soutenu par l'ardeur qu'il donnait au malade, j'augmentai le volume de la mèche. Il le fut au point qu'un jour celle-ci entraîna la déchirure de l'éperon. Cette déchirure ne donna lieu à aucun accident; au contraire, l'accroissement subit de l'ouverture de communication entre les deux bouts de l'intestin rendit encore plus facile le passage des matières d'une extrémité dans l'autre ; mais il n'empêchait pas qu'il s'écoulât encore des matières par l'anus accidentel.

Le désir de faire cesser entièrement cet écoulement me conduisit à penser que les parties de la cloison situées au-

dessus de l'ouverture faite par l'aiguille et agrandie par la mèche, devaient adhérer entre elles, et qu'elles pourraient être divisées avec aussi peu de danger que l'avait été la partie située au-dessous, et dès lors furent commencées de nouvelles tentatives. Elles consistèrent à inciser, tous les trois ou quatre jours, une demi-ligne de la cloison qui restait supérieurement, à l'aide de ciseaux mousses dirigés sur l'indicateur. Ces incisions, bornées à de très petites étendues, et qui dans mon opinion ne devaient pas dépasser les limites des adhérences établies, agrandirent l'ouverture de communication, au point que toutes les matières passèrent bientôt par l'anus naturel.

La compression exercée sur l'anus accidentel, et surveillée avec intelligence par le malade, semblait devoir fermer cette ouverture, et elle l'aurait probablement fermée à l'aide du temps; mais Aucler, impatient de voir l'écoulement des matières se renouveler par l'anus accidentel toutes les fois que la compression était levée, voulut hâter sa guérison, et j'eus la faiblesse de me rendre à son désir.

Quelques débris vivants, situés au pourtour de l'ouverture, furent liés d'abord, et ensuite excisés sans inconvénient. Je voulus ensuite porter plus haut qu'elle ne l'avait encore été la division de la cloison, et quelques heures après le malade fut pris de tous les symptômes d'une péritonite intense, qui fut inutilement combattue par les saignées, les sangsues, les bains, les boissons et les applications émollientes.

Cette inflammation fut-elle produite par quelques-unes de ces causes fortuites qui coïncident quelquefois, par un fâcheux hasard, avec nos opérations, et laissent peser sur elles toute la responsabilité des événements? Fut-elle le résultat de l'extension, par continuité de tissu, de l'inflammation des parties incisées vers le péritoine, et survint-elle, dans ce cas, par le seul effet des dispositions qui la rendent si commune après l'opération de la pierre et de la hernie la plus simple? Ou bien, enfin, fut-elle le produit d'un épanchement de matières stercorales dans le ventre? Dans ma juste douleur, j'admis et j'annonçai cette dernière cause.

Cependant, à l'ouverture du corps, faite publiquement, on chercha en vain la trace de la solution de continuité qui aurait dû conduire les matières stercorales dans le péritoine; on ne trouva pas davantage de matières stercorales dans la cavité de cette membrane, mais cette cavité contenait beaucoup de sérosité purulente et de flocons albumineux, produits ordinaires des péritonites aiguës.

La communication entre les deux bouts de l'intestin était rétablie dans une étendue d'environ deux pouces. Ses deux extrémités, auparavant séparées, n'avaient qu'une paroi et qu'une cavité, sur la longueur de laquelle on voyait, en avant et en arrière, un raphé produit par la cicatrice de la section faite à la cloison; et tout annonçait que, sans le cruel accident survenu, cet anus contre nature eût été complétement guéri (1).

Profondément affligé du fâcheux résultat de cette dernière tentative, mais toujours convaincu de l'insuffisance des méthodes ordinaires et du danger de la maladie que j'avais à combattre, je soumis à un nouvel examen la question du traitement des anus contre nature, et, après de longues recher-

(1) L'opération dont l'Académie vient d'entendre le récit était faite depuis plusieurs années, et je la croyais sans aucun précédent, lorsque mon très savant et très excellent ami, M. le docteur Breschet, découvrit qu'elle avait été pratiquée en Allemagne par le docteur Schmalkalden, et aux États-Unis par le docteur Physick. Plus tard, j'ai dû au zèle obligeant de M. le docteur Koreff un extrait du travail de Schmalkalden. Ce travail est une dissertation soutenue en 1798, sous la présidence du docteur Kreysig; elle a pour titre: *Nova Methodus intestina uniendi*. Viteb: 1798. Il n'est pas permis, après avoir lu cet extrait, de douter que Schmalkalden n'ait le premier conçu et exécuté le projet d'établir une communication entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin, en perforant la cloison qui les sépare. J'aurais voulu pouvoir mettre sous les yeux de l'Académie le texte même de cette dissertation; mais je n'ai jamais pu me le procurer, quelques soins que je me sois donnés à cet effet.

J'ai été plus heureux en ce qui concerne l'opération attribuée au docteur Physick. Toutefois ce chirurgien célèbre n'a rien imprimé, que je sache, sur ce sujet; son gendre, le docteur John Syng Dorsey, est le seul qui ait parlé dans un ouvrage intitulé: *Elemens of surgery, two vol. Phila-*

ches et de mûres réflexions, je restai de nouveau convaincu que l'idée d'établir une communication entre les deux bouts de l'intestin, en détruisant la cloison qui les sépare, était la seule qui promît des chances de succès, et que, dans la première tentative, il n'y avait eu de défectueux que les moyens mis en usage.

Cependant, quoique le passage de l'aiguille à travers la double cloison de l'intestin n'eût déterminé aucun accident, non plus que le séjour et l'action de la mèche, et que les accidents éprouvés par *Aucler* dussent être attribués exclusivement aux tentatives faites pour agrandir, à l'aide de ciseaux, l'ouverture de communication entre les deux bouts de l'intestin, ce procédé, et tous ceux qui auraient pour base l'emploi de l'aiguille et des fils, offraient néanmoins des inconvénients.

Et d'abord il était évident que l'aiguille et les fils traversant les parties avant de les avoir rendues adhérentes, la com-

delphia, 1815. La première édition de cet ouvrage contient, sur cette opération, le passage suivant :

« In a patient with artificial anus at the Pensylvania hospital Dr Physick » performed an operation which will probably be found to afford complete » relief in many similar cases. The sides of the intestine in this instance, were » consolidated laterally, or in M. Cooper's language, like a double-barelled » gun. In order to ensure this union a ligature was passed through the » intestine and suffered to remain a week, keeping its sides in close contact, » after which Dr Physick cut a ole in the side of the intestine where the two » portions had thus united, and by stopping the external orifice, the fæces » regained their natural route, the external aperture was afterwards healed, » and the patient relieved from his most loathsome complaint; he has for » several years enjoyed perfect health. » (Tome II, *artificial Anus*, pag. 67.)

La deuxième édition de l'ouvrage de Dorsey, publiée en 1818, répète cet article, textuellement et sans aucune addition, à la page 92 du deuxième volume. D'ailleurs cet ouvrage ne contient aucune autre chose sur ce sujet. L'opération de Physick consiste donc, ainsi que celle de Schmalkalden, dans une perforation de la cloison qui sépare les bouts de l'intestin, à l'aide d'aiguilles, de fils et de mèches, et l'opération que j'ai pratiquée sur Aucler a avec celles-là une analogie incontestable.

munication qu'ils établissaient entre l'intestin et le péritoine pourrait entraîner, dans quelques cas, un épanchement dans la cavité de ce dernier. Ensuite il paraissait difficile, pour ne pas dire impossible, de porter des aiguilles et des fils à une hauteur telle, qu'on pût ouvrir, entre les deux bouts de l'intestin, une communication assez large pour que le cours des matières stercorales se rétablît complétement chez tous les malades.

Enfin, et cette dernière raison était des plus graves, l'aiguille et les fils ne pouvaient faire adhérer les parties correspondantes de l'intestin, *qu'autant qu'elles seraient en contact*; et si, au lieu d'être parallèles et de se toucher, les bouts d'intestin se trouvaient écartés à l'endroit où ils seraient traversés, les aiguilles et les fils n'ayant aucun moyen de les ramener au contact, on conçoit qu'ils produiraient, dans ce cas, une *perforation sans adhérence*, et que leur action se réduirait à établir une communication fort dangereuse entre la cavité de l'intestin et celle du péritoine. Ces considérations me portèrent à renoncer pour toujours à l'usage des aiguilles et des fils.

Pour réussir et pour éviter toute espèce d'accident, il fallait trouver un moyen qui mît les parties en contact avant de les diviser, et qui ne les divisât qu'après les avoir fait adhérer entre elles.

Je rappelai pour lors en ma mémoire le cas des aiguilles, des épingles ou d'autres corps qui avaient pu traverser lentement le corps, sans jamais tomber et rester dans les cavités qui séparent nos parties ; ce phénomène, ne tenait-il pas à ce que ces corps étrangers étaient toujours *précédés*, dans leur trajet, par une inflammation qui réunissait les parties et les parois de leurs cavités avant qu'elles fussent pénétrées et traversées par eux?

Il me parut donc qu'il fallait, en imitant les procédés de la nature, opérer dans l'ordre salutaire dont elle fournissait l'exemple, d'abord l'inflammation, ensuite l'adhésion, et en dernier lieu la section des parties.

Mais par quels moyens atteindre ce résultat? Il me sembla

qu'on ne pourrait l'obtenir que d'une pression lente, exercée de l'intérieur vers l'extérieur de l'intestin, de sa cavité vers sa surface, ou bien, en d'autres termes, de sa membrane muqueuse vers sa membrane séreuse ; d'une pression assez forte, sans doute, pour amener la division des parties, mais assez lente pour n'opérer leur destruction qu'après plusieurs jours, espace pendant lequel l'inflammation, excitée sur le péritoine, aurait le temps de réunir entre elles les parties voisines de celles qui devaient être détruites.

J'imaginai d'abord de me servir d'un instrument en forme de ciseaux, et dont une des extrémités, représentant les lames, serait cylindrique; mais je ne tardai pas à remarquer que ces cylindres glissaient sur les parties auxquelles ils étaient appliqués, et qu'ils ne les retenaient pas.

J'imaginai ensuite d'armer l'un des cylindres de pointes qui s'engageraient dans des trous pratiqués sur l'autre, mais je ne tardai pas non plus à observer que ces pointes auraient le même inconvénient que les aiguilles, et qu'elles feraient, aux parois de l'intestin, avant qu'elles fussent réunies, de nombreuses ouvertures par lesquelles pourraient filtrer, dans la cavité du péritoine, des gaz et des matières de nature irritante.

Il me fallait un instrument qui pût tout à la fois saisir et retenir les parties ; les diviser lentement en excitant dans leur voisinage une inflammation qui devrait réunir ce qu'il aurait divisé. Enfin, après beaucoup d'essais, tant sur le cadavre que sur les animaux vivants, je crus avoir trouvé l'instrument que je désirais et que je cherchais depuis si long-temps.

Cet instrument est composé de trois pièces : deux branches et une vis de pression à plusieurs filets. Les branches ont chacune six à sept pouces de longueur; une d'elles, qu'on peut appeler la branche mâle, parce qu'elle est destinée à être reçue dans l'autre, est formée d'une lame de quatre pouces de longueur, de trois lignes de largeur, et d'une demi-ligne d'épaisseur sur son tranchant, qui est ondulé et terminé par un bouton sphéroïde. A l'union de la lame avec le manche, est une mortaise de quelques lignes d'étendue ; derrière cette

mortaise, un manche long d'un, deux ou un plus grand nombre de pouces, fendu, dans presque toute sa longueur, par une autre mortaise large de trois à quatre lignes.

La branche femelle de l'instrument a un peu moins de longueur que la précédente, elle est composée, à l'une de ses extrémités, de deux lames, de même longueur, de même largeur et de même épaisseur que celle de la branche mâle; entre ces deux lames existe un intervalle formant une sorte de gouttière ou de gaîne, destinée à recevoir la lame de la branche mâle. A l'un des bouts de cette lame existe une cavité pour recevoir le bouton de l'autre. A l'union de la lame avec le manche existe un pivot tournant, qui doit être reçu dans la mortaise de l'autre branche; enfin vient le manche qui est terminé par un trou taraudé, destiné à recevoir une vis de pression.

La troisième partie de l'instrument est une vis à plusieurs filets, longue d'un pouce et demi, terminée par une plaque ou par un pavillon de forme ovale; cette vis doit être passée dans la mortaise de la branche mâle de l'instrument, et être engagée dans le trou taraudé de la branche femelle: elle a pour usage de rapprocher ou d'écarter à volonté leurs lames.

J'ai appelé cet instrument un *entérotome*, de l'usage auquel il est destiné. Son mécanisme est facile à concevoir. Deux branches, qu'on peut à volonté séparer ou réunir en les croisant, pourvues de lames et de tranchants ondulés et très mousses, sont mises en mouvement, à l'aide d'une vis passant à travers leurs manches; tout ce que ces lames embrassent est saisi et retenu par elles, tant à l'aide de leurs bords dentelés, qu'à l'aide de l'introduction de l'une d'elles dans l'autre. La pression qu'elles exercent sur les parties qu'elles ont embrassées a pour premier effet de les mettre en contact; cette pression peut ensuite être portée au point d'y détruire la vie, mais non pas au point de les diviser immédiatement, tant est grande l'épaisseur de leurs tranchants. Telles furent les bases sur lesquelles fut construit l'entérotome. Il n'a subi depuis ce temps aucune modification, et les formes que nous lui donnâmes alors se sont prêtées à toutes les variétés de l'a-

nus accidentel que nous avons eues à opérer depuis ce temps.

Toutefois, avant d'employer cet instrument sur l'homme, je l'appliquai sur les animaux vivants : ses effets surpassèrent mes espérances. Chaque fois, il réussit à diviser les parties en six ou huit jours, et, dans tous les cas où des membranes séreuses se trouvèrent comprises entre les branches de l'entérotome, ces membranes et les parties qu'elles revêtent se trouvèrent réunies entre elles, dès le second ou le troisième jour, par conséquent bien long-temps avant la solution de continuité, qui n'arrive que du septième au huitième jour.

Cette adhésion, si importante et si nécessaire, s'étendait de chaque côté sur toute la longueur des branches de l'entérotome, ainsi qu'en avant de ses pointes qu'elle circonscrivait exactement ; elle était environnée de tous les signes d'une inflammation modérée, faible et facile à détruire, dans les premiers jours; cette adhésion devenait assez forte, au bout de cinq ou six jours, pour résister à d'assez grands efforts. Plus tard elle devenait celluleuse, et dès lors elle offrait toute la solidité d'un lien naturel.

Enfin, et ce qui paraîtra plus étonnant, l'action de l'entérotome et la division des parties ne furent jamais accompagnées de douleurs vives, et l'inflammation resta toujours bornée au voisinage des parties saisies, autour desquelles elle forme une aréole de quelques lignes de longueur; jamais elle ne s'étendit au loin dans le tissu des organes.

L'innocuité de l'application de l'entérotome me parut d'autant plus remarquable, que la manière d'agir de cet instrument n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire. En effet, il ne produit pas de solution de continuité à la manière des instruments tranchants, qui écartent les parties qu'ils divisent, sans leur faire éprouver de perte de substance. L'entérotome, au contraire, opère une véritable mortification des parties qu'il embrasse, et la solution de continuité qu'il produit n'est que le résultat de la formation et de la chute d'une escarre que l'on trouve, dans tous les cas, entre ses

branches au moment où elles tombent, après avoir produit la communication désirée.

Certain que j'étais, par tout ce qui précède, d'avoir trouvé un instrument tel que je le souhaitais, je ne tardai pas à avoir l'occasion de le mettre en usage sur le nommé Ménage, et, le succès ayant répondu à mon attente, je l'employai successivement sur un assez grand nombre d'autres malades.

Obs. II. — *Hernie inguinale étranglée. — Opération. — Gangrène de l'intestin. — Anus contre nature. — Emploi de l'entérotome. — Guérison.* — Ménage, âgé de vingt-six ans, portait depuis sa plus tendre enfance une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie peu volumineuse, mais abandonnée à elle-même, s'étrangla le 2 janvier 1815. Les symptômes furent des plus violents, les accidents persistèrent jusqu'au sixième jour, malgré de copieuses saignées, de fréquentes et de fortes tentatives de réduction. A cette époque, le malade fut opéré à l'hôpital de Châteaudun. L'intestin était gangrené, car, dès le lendemain, une grande quantité de matières stercorales fit irruption par la plaie.

Malgré le débridement, la gangrène s'étendit et détruisit successivement, l'intestin, le sac herniaire, le tissu cellulaire et la peau du voisinage. Cependant les progrès de la destruction se bornèrent, et un anus contre nature s'organisa, par lequel toutes les matières prirent leur cours: elles se présentaient à cette ouverture une heure et demie environ après avoir été ingérées, et elles en sortaient, non suivant l'ordre de leur introduction dans l'estomac ou dans celui de leur digestibilité, mais plutôt dans un ordre relatif à la quantité de matières nutritives qu'elles contiennent, et tel, par exemple, que les matières qui en ont le moins sortaient les premières et dans un état de digestion moins avancé. Ainsi il rendait au bout d'une heure les légumes presque tels qu'il les avait pris, et les viandes au bout de deux heures seulement et dans un état de digestion plus avancé. Son appétit devint excessif; mais les aliments étant rendus presque aussitôt qu'ils étaient pris, ne pouvaient guère le nourrir; aussi perdit-il rapidement ses forces et son embonpoint.

Sept ou huit semaines après l'opération, il eut de violentes coliques et des évacuations par le bas, qui se renouvelèrent à de longs intervalles seulement. Tel fut l'état de Ménage, pendant un an, temps au bout duquel il entra à l'Hôtel-Dieu.

L'anus accidentel avait un demi-pouce de diamètre pour le moins; son entrée était bordée de tumeurs irrégulières, résultant du boursouflement de la membrane muqueuse de l'intestin; derrière lui paraissait, au moindre effort, une hernie qui le soulevait et le portait en dehors. Il donnait quelquefois passage à une invagination de l'intestin; la peau du voisinage était irritée au point d'être dépouillée de son épiderme; les tourments du malade étaient affreux, et l'odeur qu'il répandait était des plus repoussantes.

Ménage voulait être guéri, quelques douleurs qu'il lui fallût éprouver, quelques risques qu'il lui fallût courir. Plusieurs jours furent donc employés à calmer les incommodités résultant de l'écoulement des matières stercorales sur la peau; après quoi je commençai des recherches pour déterminer la position respective des deux bouts de l'intestin. Ces recherches, faites à plusieurs reprises et à d'assez longs intervalles furent long-temps sans succès. Les bouts de l'intestin étant attirés en bas par la hernie située derrière l'anus accidentel, le doigt et les autres instruments, obligés de se porter d'abord de haut en bas, et ensuite de bas en haut, ne pouvaient s'accommoder que très difficilement à ce changement de direction.

Enfin, après beaucoup de temps et de recherches, je reconnus la position des deux bouts de l'intestin, celle de l'éperon et de la cloison. Dès-lors, et sans perdre de temps, j'introduisis séparément et je portai à la plus grande hauteur possible les branches de l'entérotome dans chacun de ces bouts, et après les avoir articulées, je serrai médiocrement leur mors; le malade n'éprouva aucune douleur; le lendemain la pression fut augmentée, et le malade n'éprouva que de légères coliques. Au bout de quelques jours les pinces devinrent un peu mobiles; vers le sixième jour il y eut des selles peu abondantes. Du septième au huitième jour les pinces

tombèrent; leurs mors n'étaient séparés que par une bande membraneuse enlevée à l'intestin, et dans laquelle on retrouva toutes les tuniques des deux parois adossées.

La longueur de cette membrane, mince et sèche comme du parchemin, était de vingt lignes, sa largeur de deux lignes. Ces dimensions donnaient exactement la mesure de la profondeur à laquelle l'entérotome avait été enfoncé, et par conséquent celle de la perte de substance que la cloison des intestins avait éprouvée.

A dater de ce moment, les matières reprirent rapidement leur cours par l'anus naturel, et leur sortie par l'anus accidentel put être empêchée à l'aide d'une compression dont les agents et le mode furent très-variés.

Cependant, quoique l'anus accidentel fût devenu inutile et qu'il se fût même beaucoup rétréci, il ne se cicatrisait pas encore. Pour obtenir cette cicatrice, j'eus successivement recours à l'obturation de son entrée avec des boulettes de charpie chargées de colophane; à la compression exercée à l'aide d'un spica, à l'aide d'un bandage herniaire simple; au rapprochement de ses bords avec des bandelettes de diachylon gommé, à leur cautérisation avec le nitrate d'argent fondu.

J'allai plus loin, car voyant la résistance opiniâtre que cette ouverture, réduite à une ligne tout au plus de diamètre, opposait à l'entière cicatrice, j'osai faire l'excision de ses bords formés par la peau et par la membrane muqueuse; je les rapprochai ensuite à l'aide d'une suture enchevillée; plus tard j'eus recours à un instrument de compression dont je parlerai ailleurs; enfin, au bout de quatre mois de soins, j'eus la satisfaction de présenter à la Faculté de Médecine ce malade entièrement guéri de son anus accidentel, et parfaitement rétabli des graves altérations qu'il avait apportées dans tout son être: tel a été le résultat de la première opération pratiquée avec l'entérotome.

Voici quelques règles sur l'application de cet instrument: Le premier soin à prendre lorsqu'on veut faire usage de l'entérotome, doit être de chercher et de trouver l'orifice de chacun des deux bouts de l'intestin, et de déterminer, avec exac-

titude, la direction du canal dont il est la terminaison; c'est ordinairement la partie la plus longue et la plus difficile de l'opération.

Guidé par l'écoulement des matières on trouve, il est vrai, sans beaucoup de peine, l'orifice et la direction du bout supérieur de l'intestin : il n'en est pas de même du bout inférieur ; il faut souvent employer une sonde mousse, le doigt et plusieurs jours d'observations attentives pour le rencontrer.

La position des orifices et la direction de chacun des bouts de l'intestin étant bien déterminées, le malade étant couché sur le dos, on saisit de la main droite l'une des branches de l'entérotome, qu'on dirige avec ou sans l'indicateur de l'autre main, vers l'un des orifices de l'intestin; on l'engage dans cet orifice, et on la fait pénétrer, suivant les cas et le besoin, jusqu'à un, deux, trois et même quatre pouces de profondeur. Cela fait, on confie à un aide le soin de fixer cette première partie de l'instrument; on saisit de la même manière la seconde branche et on l'introduit, avec les mêmes précautions et à la même hauteur, dans l'autre bout de l'intestin. Les deux branches sont alors rapprochées, réunies, et articulées à la manière du forceps, en engageant le tenon de l'une dans la mortaise de l'autre. L'opérateur les fixe solidement ensemble, en faisant exécuter au tenon un demi-tour qui le place en travers de l'ouverture qui l'a reçu. Il suffit dès-lors, pour avoir prise sur l'intestin, de rapprocher les branches de l'entérotome ; ce qu'on obtient en pressant les manches de cet instrument, comme lorsqu'on veut faire agir des ciseaux.

L'action de l'entérotome devant être lente, graduée, et devant durer sept ou huit jours, on ne pouvait confier qu'à une puissance mécanique le soin de soutenir et d'accroître au besoin cette action. C'est ce qu'on obtient en passant à travers la mortaise de l'un des manches, et en engageant dans le trou taraudé de l'autre la vis de pression dont la marche rapproche les deux manches de l'instrument. Par ce moyen, on porte l'action des lames au point d'éteindre la vie dans les parties qu'elles embrassent.

On ne doit pas craindre de porter, dès le premier jour, la pression de l'entérotome jusqu'à suspendre la vie dans les parties; car c'est par là, sans aucun doute, qu'on prévient tout sentiment de douleur et tout risque d'inflammation; on doit même augmenter cette pression tous les deux jours, en faisant exécuter quelques tours à la vis, pour éviter que la circulation, en se rétablissant sur quelque point de la cloison, ne rende la section des parties incomplète et l'opération imparfaite.

Il semble, au premier coup-d'œil, qu'un instrument porté dans la profondeur du ventre; qu'une pression sur les entrailles élevée au point d'éteindre la vie dans deux de leurs parois, devraient produire des douleurs, des coliques, des vomissements, la suspension, ou du moins l'interversion du cours des matières stercorales, et, par suite, des désordres plus ou moins grands dans l'économie animale; que l'inflammation excitée par la présence et par l'action de cet instrument devrait s'étendre rapidement des parties auxquelles il est appliqué au péritoine et au canal intestinal.

Les expériences faites sur les animaux vivants avaient déjà éloigné ces craintes. L'observation de ce qui se passe chez l'homme les a complétement dissipées. En effet, la plupart des malades auxquels notre opération a été pratiquée n'ont éprouvé que de faibles douleurs au moment de l'application de l'entérotome. Un petit nombre seulement a éprouvé des coliques, des nausées ou des vomissements. Les matières qui parcourent le canal intestinal ont suivi leur marche accoutumée; l'inflammation s'est bornée aux parties saisies par les lames de l'instrument, et elle ne s'est étendue, ni par continuité, ni autrement, aux parties voisines ou éloignées. Il n'y a eu ni frissons, ni fièvre, ni insomnie, et, sauf quelques exceptions rares et que nous indiquerons, le calme de ces malades a fait un contraste étonnant avec les accidents que l'on était en droit de redouter d'une semblable opération.

Dans les premiers temps de son application, l'entérotome est fixe sur l'intestin qu'il a saisi; au bout de quelques jours il devient un peu mobile. Cette mobilité augmente progressive-

ment jusqu'à ce qu'enfin il tombe de lui-même, sans efforts, sans traction, sans douleur et sans écoulement de sang; et cette chute a constamment eu lieu du septième au dixième jour chez les malades qui ont été opérés par nous.

Lorsque l'instrument est tombé, on trouve toujours ses mors dans un grand état de rapprochement et séparés seulement par une bande membraneuse, de couleur brune, longue de trois et quatre pouces, large de deux à trois lignes, épaisse d'un quart de ligne, sèche et résistante comme du parchemin. Si l'on fait macérer, pendant quelques heures, cette lanière dans de l'eau tiède, elle se déploie, elle prend de la souplesse et de l'épaisseur : elle se dédouble, et bientôt on peut y distinguer et y compter les tuniques des deux intestins adossés. C'est, en effet, aux dépens des intestins qu'est formée cette lanière, et ses dimensions donnent la mesure exacte de la perte de substance qu'ils ont éprouvée en tous sens.

Nous avons plusieurs fois constaté, en comparant la longueur des branches de l'entérotome, la profondeur à laquelle elles avaient été portées dans l'intestin et la longueur de cette bande membraneuse, que les deux bouts de l'intestin avaient subi une division longitudinale de trois à quatre pouces chacune, et par conséquent de six à huit pouces en tout, et une perte de substance de deux à trois lignes dans une étendue semblable en largeur.

C'est à l'aide de cette division et de cette perte de substance que se trouvent détruits et l'éperon et la double cloison qui séparent les deux bouts de l'intestin, et que se trouvent rétablis la communication si long-temps interceptée entre eux, et le cours de matières stercorales. Souvent même les premiers signes du rétablissement du cours des matières, dans le bout inférieur, précède la chute de l'entérotome; dans tous les cas de légères coliques surviennent, des évacuations ont lieu qui fournissent d'abord les matières blanches et albuminiformes contenues dans les intestins inférieurs; et bientôt après les matières stercorales transmises par les intestins supérieurs.

Dans les premiers temps les évacuations sont nombreuses,

liquides et accompagnées de coliques et d'épreintes, phénomènes dus, sans doute, à ce que l'intestin inférieur est irrité par le contact des matières stercorales dont il avait depuis long-temps perdu l'habitude. Bientôt cependant les coliques diminuent; elles cessent par degrés, ainsi que les épreintes; les matières stercorales reprennent de la consistance; leur évacuation devient plus rare et plus régulière, l'appétit se modère, la faiblesse et la maigreur font place à la force et à l'embonpoint.

Il ne reste dès lors qu'à oblitérer l'ouverture des parois de l'abdomen, dernière trace de l'anus contre nature; mais, nous devons le dire, cette partie de la cure est la plus longue et la plus difficile. La section lente et graduée de la double cloison qui sépare les intestins n'exige pas plus de huit jours; le cours des matières stercorales est rétabli et régularisé en moins de temps encore; tandis qu'il faut plusieurs semaines, souvent même plusieurs mois pour obtenir l'oblitération de l'ouverture des parois de l'abdomen; quelquefois même cette oblitération a été entièrement refusée à nos efforts, bien que l'ouverture des parois de l'abdomen fût devenue inutile, et qu'on pût la tenir fermée pendant huit, dix, douze ou quinze jours consécutifs, sans que les malades éprouvassent le moindre accident.

Telle est la méthode que nous avons imaginée contre les anus accidentels, rebelles au temps, aux efforts de l'art et à ceux de la nature. Nous avons fait voir, par l'histoire du nommé Ménage, comment elle s'applique aux anus accidentels produits par la gangrène de l'intestin. L'observation suivante, remarquable sous beaucoup d'autres rapports, prouvera qu'elle ne s'applique pas avec moins de succès à ceux qui résultent de plaies avec perte de substance à l'intestin.

Obs. III. — *Ancienne hernie inguinale. — Retranchement d'une portion de l'intestin hernié par le malade. — Anus contre nature. — Entérotomie. — Guérison.* — Louis Trubert, batteur en grange, âgé de quarante-deux ans, marié et père de cinq enfants, entra à l'Hôtel-Dieu, le 15 mars 1824, pour y être traité d'un anus accidentel. Ce malade, d'une

petite taille et d'une bonne constitution, mais d'un tempérament sec, bilieux et mélancolique, était porté à s'isoler du monde et des siens; il avait des facultés intellectuelles très bornées, et une grande ténacité dans les idées. Sa figure était empreinte tout à la fois de tristesse et de nullité; ses paroles étaient rares, lentes, et bornées à quelques monosyllables; son teint était jaune, terreux; sa faiblesse et sa maigreur étaient excessives.

Un effort fait par lui, dix-huit ans avant son entrée à l'hôpital, avait donné lieu à la formation, par l'anneau inguinal gauche, d'une hernie qu'il négligea de contenir. La tumeur augmenta insensiblement de volume, et donna lieu, de temps en temps, à des coliques et à plusieurs dérangements dans les fonctions digestives. Au bout de quinze ans, elle avait acquis le volume de la tête d'un enfant à terme, et elle était en grande partie irréductible.

Fatigué par la présence et par le volume de cette hernie, et devenu, à ce qu'il croyait, l'objet de la risée publique à raison de son infirmité, Trubert s'isola de plus en plus de ses semblables, et, sans cesse occupé d'idées sinistres, il imagina qu'il pouvait être délivré de son incommodité par une opération. Avec le temps cette idée se développa, se fortifia, s'enracina au point qu'il prit un jour le parti de se débarrasser lui-même de sa hernie. Dans ce dessein, et sans avoir communiqué son projet à qui que ce soit, il se fit, avec un couteau grossier, une large incision au scrotum : il ouvrit le sac herniaire, et ne fut arrêté, dans sa tentative inouïe, que par l'issue d'une anse intestinale de dix-huit pouces de longueur.

A cet aspect, étonné et effrayé tout à la fois, Trubert appela du secours, et fit venir ensuite un médecin, M. le docteur Bossidet, de Beaumont (Oise), qui, après avoir agrandi la plaie, réduisit, non sans peine, l'intestin déjà étranglé. La plaie fut réunie par première intention, et le malade fut assez heureux pour guérir sans accident. Mais sa hernie et sa manie persistèrent, et l'insuccès de sa première tentative ne guérit pas Trubert de son idée fixe.

En effet, persuadé qu'une opération faite plus à fond, comme il l'a dit depuis, était le seul moyen de le débarrasser de sa hernie, il refusa de porter un bandage comme étant un palliatif insuffisant, et il suspecta même les intentions de ceux qni le pressaient d'user de ce moyen. Tout entier à l'idée dont il se nourrissait de matin au soir, et dont sa vie et ses occupations monotones étaient peu propres à le distraire; oubliant et les douleurs, et les dangers, et le peu de succès de sa première tentative, il saisit la première occasion qui se présenta pour la renouveler, résolu cette fois de s'affranchir de tous les tourments que son mal lui causait, en enlevant, par sa racine, la tumeur qu'il regardait comme une superfétation incommode.

Le 22 février 1824, trois ans après la première tentative, sa femme étant sortie, Trubert se mit à l'ouvrage, pour me servir de ses expressions; et, armé d'un simple eustache qu'il avait eu soin d'affiler, il se fendit de nouveau le scrotum, pénétra dans le sac herniaire, et, l'intestin s'étant aussitôt présenté à ses regards, plus hardi que la première fois, il le saisit et en retrancha, tant bien que mal, une partie.

Cependant la douleur, l'écoulement du sang et des matières fécales ébranlèrent encore une fois sa résolution; il hésita un instant, il rejeta bientôt l'instrument homicide, enfin il envoya de nouveau chercher son médecin. Celui-ci agrandit encore l'ouverture du scrotum, chercha les deux bouts du canal divisé, et pratiqua pour les réunir plusieurs points de suture. Cette suture fut sans effet quant à l'union des deux bouts de l'intestin; mais du moins ces bouts s'enflammèrent, s'unirent aux lèvres de la plaie, et un anus artificiel s'établit.

La portion d'intestin enlevée appartenait à l'intestin grêle; elle avait deux pouces et demi de longueur, et elle ne formait pas un cylindre entier; ce cylindre était interrompu en deux points: d'abord à l'une de ses extrémités, dans l'étendue d'un demi-pouce, et ensuite vers son milieu, dans une autre étendue de trois quarts de pouce du côté du mésentère.

L'anus contre nature étant bien établi, M. Bossidet, qui avait deux fois sauvé Trubert des suites de sa manie, me l'adressa à l'Hôtel-Dieu pour qu'on le soumît, s'il y avait lieu, au traitement que j'ai décrit.

A son entrée à l'hôpital, il existait, au côté gauche du scrotum, une tumeur allongée du volume de la tête d'un fœtus à terme, et qui s'étendait de l'anneau inguinal jusqu'au fond des bourses. Elle était dure, rénitente, en partie réductible, et elle offrait, antérieurement et inférieurement, une plaie ou une surface d'un rouge vif, formée en bas par le scrotum, en haut par deux bouts d'intestin, renversés sur eux-mêmes, et repliés de façon à former plusieurs coutours : ils étaient placés l'un à côté de l'autre; celui de droite fournissait des fèces demi-fluides mêlées à des matières non digérées, tels que des morceaux de carotte et autres légumes : cet écoulement était continuel et involontaire. L'autre bout d'intestin était rétracté, et ne fournissait rien.

Le malade se plaignait de cuissons à la plaie et dans le voisinage, de coliques, et il avait en outre une douleur permanente, accompagnée de tension dans la région iliaque gauche. Il était d'ailleurs dans un état de saleté qu'il rendait plus dégoûtant encore par son immobilité, l'habitude et le goût qu'il avait de pétrir sans cesse ses excréments, comme le font beaucoup de maniaques.

Après quelques jours d'observation, les deux bouts d'intestin renversés furent réduits; un bandage compressif fut appliqué sur l'ouverture de l'anus accidentel; des lavements furent administrés et des aliments donnés avec ménagement. Mais la compression ne put pas être supportée : elle fut essayée à plusieurs reprises, et chaque fois elle donna lieu à des accidents qui obligèrent enfin à y renoncer.

Cependant le malade maigrissait et il s'affaiblissait, malgré le soin qu'on avait de rendre de jour en jour son alimentation plus forte. Je me décidai alors à faire des recherches dans la vue de déterminer les rapports et la disposition des deux bouts de l'intestin. Je trouvai que le bout *stomacal* se plongeait au fond du scrotum où il formait des circonvulutions

inextricables, et que le bout *rectal* se portait directement vers le canal inguinal.

L'incertitude dans laquelle je restai sur la direction du bout stomacal de l'intestin, unie à l'état de faiblesse, de maigreur et de manie du malade, m'empêchèrent d'abord de songer à le débarrasser de son infirmité, et je me bornai à le faire nourrir et tenir avec propreté. Cependant ce malade devint de jour en jour plus triste et plus taciturne, sans qu'on pût en deviner la cause. Enfin il rompit le silence, et fit entendre sa voix pour invoquer le bienfait de l'opération par laquelle il avait entendu dire qu'on pourrait le guérir de ses dégoûtantes infirmités.

Je ne prêtai d'abord qu'une faible attention à sa demande qui pouvait bien n'être que l'effet d'un caprice du moment. Cependant il la renouvela chaque jour : bientôt elle l'occupa exclusivement, et elle acquit enfin la ténacité d'une idée fixe. Il me parut alors que, si on ne se rendait pas aux vœux du malade, sa funeste manie pourrait bien le porter à se faire une troisième opération. Craignant donc également de le voir périr de consomption ou de le voir se porter à de nouveaux actes de démence ; et, persuadé que, malgré sa faiblesse et sa maigreur, il existait encore pour lui quelques chances de guérison, je me déterminai à l'opérer le 31 mai, ce qui eut lieu en présence de MM. Larrey, Aumont et Sanson.

J'introduisis séparément les branches de l'entérotome dans chacun des bouts du canal intestinal, et je les enfonçai aussi profondément que possible. La branche introduite dans le bout stomacal ne put être portée qu'à la profondeur de deux pouces et demi à trois pouces, et je fus obligé d'arrêter l'entérotome à cette hauteur, de serrer et de fixer l'instrument dans la position où il se trouvait.

Dans la première journée, il n'y eut qu'un peu de douleur au ventre, et les matières s'écoulèrent librement par l'anus contre nature. Le second jour, il existait une tuméfaction œdémateuse et un peu de rougeur au bord de l'anus artificiel ; il y avait absence de douleur au ventre : une lueur de contentement se fit remarquer sur la figure du malade. Les

troisième, quatrième et cinquième jours, il parut mieux encore. Les sixième et septième jours des coliques légères se firent sentir. Le huitième jour, l'instrument se détacha, et les deux cavités de l'intestin n'en formèrent plus qu'une.

Nous trouvâmes, comme de coutume, dans la rainure de la branche femelle de l'entérotome, le *septum* des intestins formé de huit tuniques membraneuses; il avait moins de trois pouces de long sur quelques lignes de large; il était sec et noir. La surface de l'instrument était d'un jaune rouge, produit par l'action des matières hydrosulfureuses au milieu desquelles il avait séjourné.

A dater de ce moment, les lavements furent donnés chaque jour. Des gaz stercoraux commencèrent à se frayer un passage par le bout inférieur de l'intestin; mais les matières stercorales continuèrent à passer par l'anus accidentel. Aussi la maigreur et la faiblesse du malade ne cessaient pas d'augmenter. Au bout de quinze jours seulement de l'opération, Trubert crut avoir rendu des matières par le fondement, et le volume de la tumeur commença à diminuer. Quelque temps après des coliques se firent sentir: leur violence semblait devoir épuiser ce qui restait de forces au malade; cependant des évacuations s'établirent par l'anus naturel: elles se régularisèrent, et bientôt le malade retrouva des forces et un peu d'embonpoint.

Le volume de la tumeur ne cessait pas de diminuer à mesure que les matières reprenaient leur cours ordinaire; néanmoins l'anus accidentel continuait à donner passage à quelques matières stercorales. Persuadé qu'il suffirait, pour les obliger à suivre en totalité leur cours naturel, de fermer hermétiquement l'ouverture accidentelle de l'intestin, j'appliquai un compresseur à l'aide duquel je rapprochai et tins appliquées l'une à l'autre les lèvres de la plaie.

Ce compresseur se compose de deux arcs de cercle très ouverts, aplatis, égaux, longs de quelques pouces, larges de quelques lignes, placés parallèlement l'un à l'autre, surmontés chacun d'une tige d'un pouce et demi à deux pouces de hauteur; ces tiges sont unies par une traverse fixe sur

l'une d'elles, mobile sur l'autre, qui la reçoit dans une fente dont elle est percée : au-dessous de cette traverse est une vis qui prend appui sur une des tiges, se meut sur l'autre, et dont les mouvements successifs, à droite et à gauche, produisent suivant le besoin l'écartement ou le rapprochement des arcs compresseurs; ceux-ci étant garnis de linge ou même rembourrés, on les écarte, on soulève la peau du voisinage de l'anus accidentel, on insinue le pli qu'elle forme entre les arcs. Quelques mouvements imprimés à la vis, de la droite vers la gauche, rapprochent ces arcs, les appliquent de plus en plus étroitement sur les côtés de l'anus accidentel, qui s'en trouvent pressés au point que tout passage par cette ouverture est enfin interdit aux matières stercorales. Je laisse de côté les observations curieuses auxquelles l'emploi de cet instrument a donné lieu, et je me borne à celles qui sont indispensables à mon sujet.

Ce que j'avais prévu arriva; la presque totalité des matières prit son cours par l'anus naturel. Une constriction plus forte du compresseur obligea, plus tard, ce qui suintait encore, entre les lèvres de la plaie, à suivre la même route. Alors pour la première fois tout écoulement cessa par l'anus contre nature; et pour la première fois aussi, depuis qu'il était à l'hôpital, on crut apercevoir un sourire sur la figure du malade empreinte jusque là de tristesse et de douleur.

Cependant le compresseur tombait quelquefois, et quelquefois aussi il produisait des excoriations qui obligeaient à le lever. Alors les matières sortaient de nouveau par l'anus accidentel, et le malade perdait aussitôt ce qu'il avait acquis de forces et d'embonpoint pendant que les matières avaient suivi leur cours ordinaire. Cette observation, qui fut répétée un grand nombre de fois, me fit sentir la nécessité d'employer un moyen dont l'action fût assez douce pour être supportée, et assez forte pour s'opposer efficacement à la sortie des matières; et pour cela j'eus recours à un bandage herniaire dont l'action, permanente et douce, s'est opposée avec efficacité à tout écoulement au dehors.

Ces divers moyens de compression n'ont pas eu seulement

pour effet de rétablir le cours naturel des matières stercorales; ils en ont eu un autre auquel on ne s'attendait pas, celui d'achever de faire rentrer la hernie dont le volume et la gêne avaient troublé l'esprit de notre malade au point qu'on l'a vu. Depuis le rétablissement définitif du cours des matières par les voies naturelles, le malade a pris de la force et de l'embonpoint; et cette amélioration a coïncidé si exactement avec le passage des fèces par le rectum qu'il a suffi d'examiner la figure du malade pour savoir si ce passage était ou non interrompu.

Un lambeau triangulaire de peau, située à la partie supérieure de l'anus artificiel et résultant de l'incision irrégulière que le malade avait faite, ayant semblé propre à fermer entièrement ce qui restait de son infirmité, ce lambeau fut cautérisé avec du nitrate d'argent fondu, ainsi que les bords de l'ouverture, sur laquelle il fut appliqué et maintenu à l'aide d'un appareil compressif, et aujourd'hui ce lambeau est cicatrisé avec les bords de cette ouverture qu'il ferme complétement.

Ainsi s'est trouvé guéri, en moins de cinq mois, un malade qui s'était deux fois ouvert un sac herniaire volumineux; qui avait mis une première fois ses intestins à nu, sans les endommager; qui les avait mis une seconde fois à nu, et leur avait fait éprouver une perte de substance de plusieurs pouces; qui, par suite de cette plaie, était affecté d'anus accidentel compliqué tout à la fois de hernie et de renversement de l'intestin; qui était arrivé au dernier degré du marasme par défaut de nutrition, et n'a commencé à reprendre ses forces qu'à dater de l'instant où le cours des matières a commencé à se rétablir par les voies naturelles; et qui, chose plus remarquable encore, s'est trouvé débarrassé en même temps d'une énorme hernie adhérente, dont les incommodités lui avaient fait naître l'idée de l'opération qu'il avait deux fois pratiquée sur lui-même.

Je n'oserais affirmer encore que Trubert sera rétabli de son aliénation mentale; il ne dit, il ne fait pourtant rien qui ne soit conforme à la saine raison, et tout porte à penser

qu'il est revenu, pour le moins, à l'état où il était avant que sa hernie l'eût porté à des actes qui devaient avoir des suites mortelles.

Je pourrais multiplier les exemples de guérison d'anus accidentels opérés suivant la méthode que je viens d'exposer; je m'en abstiendrai pourtant : d'abord parce qu'ils n'apprendraient, sur la méthode que j'ai voulu faire connaître, rien de plus que les cas qui viennent d'être rapportés ; et ensuite, parce que les variétés qu'ont offertes ces cas fatigueraient sans fruit l'attention de l'Académie. Mais, à défaut d'observations détaillées, je dois faire connaître le résultat général des opérations pratiquées suivant la méthode que j'ai exposée. Ce résultat, présenté avec fidélité, permettra, mieux que des faits isolés, d'apprécier la valeur de la méthode qui est l'objet de ce Mémoire.

Cette méthode n'est pas une simple théorie destinée à surcharger inutilement le domaine de la science; ce n'est pas non plus une de ces méthodes que la rareté de leur application doive rendre indifférente : elle est essentiellement pratiquée, ainsi qu'on l'a vu ; et la maladie pour laquelle elle a été imaginée est assez commune pour que chaque année en conduise un certain nombre dans les hôpitaux de la capitale, et pour qu'il en existe en même temps plusieurs centaines en Europe.

Déjà cette méthode semble avoir reçu la sanction de l'expérience ; car, bien qu'elle n'ait été rendue publique que dans mes leçons orales, plusieurs excellents ouvrages publiés sur ces leçons, l'un par M. Breschet, dont le monde savant connaît les lumières et la modestie; l'autre par M. le docteur Reisinger, jeune médecin que l'Allemagne nous avait envoyé et qu'elle nous a trop tôt enlevé ; un troisième par MM. Sanson et Bégin, sur la médecine opératoire ; un quatrième par M. Jalade Lafond sur les bandages herniaires; un grand nombre de thèses soutenues dans diverses facultés, et beaucoup de jeunes médecins sortis de nos écoles, l'ont répandue et l'ont fait adopter dans presque toute l'Europe, et elle a été assez souvent mise en pratique pour qu'on puisse la

soumettre dès ce jour au *calcul des résultats*, seule manière infaillible d'apprécier la valeur des méthodes en médecine.

Il résulte donc, tant des faits recueillis dans ma pratique que de ceux qui m'ont été communiqués ou qui ont été rendus publics par divers médecins, que quarante et une opérations d'anus accidentels ont été pratiquées à l'aide de l'entérotome; savoir, vingt et une par nous, et vingt par d'autres praticiens, parmi lesquels j'aime à citer M. le professeur Lallemant, de Montpellier, un de mes disciples les plus illustres et les plus chers.

Les trois quarts de ces opérations ont été nécessitées par des gangrènes consécutives à des hernies étranglées, et l'autre quart par des plaies avec perte de substance plus ou moins considérables à l'intestin.

De ces quarante et une opérations, trois seulement ont été suivies d'accidents mortels causés, dans un cas, par un épanchement présumé de matières stercorales dans le ventre; dans un autre cas par une indigestion; dans le troisième enfin par une péritonite produite, sans doute, par la continuité existant entre les tissus intéressés par l'opération et le péritoine. Tous ces accidents ont été de nature inflammatoire, quelle qu'en ait été d'ailleurs la cause, et ils ont résisté aux remèdes les plus appropriés et les plus énergiques.

De trente-huit malades restant, le plus grand nombre n'a épouvé aucun accident fâcheux; quelques uns ont eu, il est vrai, des coliques, des nausées, et même des vomissements; mais il a été facile d'y remédier par des boissons chargées d'acide carbonique, par des applications de sangsues au fondement et des fomentations émollientes sur le ventre.

Tous n'ont pas été également bien guéris. Neuf ont conservé, quoi qu'on ait pu faire, des fistules plus ou moins étroites, qui les ont obligés à porter constamment un bandage sous peine d'avoir un écoulement involontaire, plus ou moins abondant et plus ou moins incommode, de gaz, de mucosités, de bile, ou même de matières stercorales. En revanche vingt-neuf malades ont été guéris complétement et radicalement dans l'espace de deux à six mois de temps.

Ainsi, en considérant cette opération sous le rapport de ses dangers, elle n'a été mortelle qu'à un individu sur quatorze; et, en la déchargeant des accidents causés par une indigestion qui ne sauraient lui être attribués raisonnablement, sa *léthalité* se réduit à un vingtième des malades opérés; résultat qui a droit d'étonner lorsqu'on le compare à celui des autres grandes opérations de la chirurgie, et lorsqu'on réfléchit au siége, à la nature, à la susceptibilité et à l'importance des parties sur lesquelles on opère. Ce résultat ne peut être conçu et expliqué que par le mode d'action, lent et gradué, de l'entérotome sur les parties auxquelles il est appliqué.

En considérant cette opération sous le rapport de son efficacité, on voit qu'un quart des malades n'a été guéri que de l'écoulement involontaire des matières stercorales par l'anus artificiel, et que ces malades sont restés soumis à la nécessité de porter constamment un bandage, condition incomparablement meilleure, cependant, que celle dans laquelle ils étaient auparavant; mais on voit qu'elle a guéri radicalement les trois autres quarts des malades, sans qu'ils aient été sujets, comme ceux dont la guérison est spontanée, à des accidents, à des déchirures de cicatrice; ce qui s'explique fort bien par la différence des procédés que la nature et l'art ont employés pour opérer ces guérisons: l'une ne pouvant qu'agrandir lentement et d'une manière insuffisante les voies de communication entre le bout supérieur et l'inférieur; l'autre les rétablissant tout-à-coup et leur donnant de très grandes dimensions.

Enfin, et en réunissant ici les cures imparfaites à celles qui ont été complètes et radicales, on trouve que trente-huit individus sur quarante-un opérés, c'est-à-dire dix-neuf sur vingt, ont été débarrassés d'incommodités dégoûtantes pour eux, repoussantes pour les autres, et, ce qui est plus important, du danger de périr dans le marasme et la douleur.

On vient de voir que neuf malades sur quarante-un, c'est-à-dire un sur cinq environ, n'avaient été guéris que de l'écoulement continuel et involontaire des matières stercorales

au-dehors; qu'ils avaient conservé une fistule plus ou moins grande et plus ou moins disposée à laisser échapper des matières gazeuses, muqueuses, bilieuses ou stercorales; et que, pour mettre ces malades à l'abri de l'incommodité de ces écoulements, il avait été nécessaire de leur faire porter constamment un bandage compressif.

C'est quelque chose, sans doute, que d'avoir rétabli, chez ces malades, la communication des deux bouts de l'intestin l'un avec l'autre, et de les avoir mis en état de supporter, sans accidents, une compression qui oblige les matières à passer du bout supérieur dans l'inférieur. Mais il reste encore, je l'avoue, quelque chose à désirer; il reste à trouver les moyens de faire cicatriser, dans tous les cas, une ouverture devenue inutile.

Je suis tellement pénétré de la nécessité de ces moyens, que je n'hésite pas à en proposer la recherche au zèle infatigable des jeunes talents qui font l'orgueil de nos écoles, et qui se pressent dans cette enceinte si libéralement ouverte à quiconque se voue aux progrès des sciences; et je déclare, sans hésiter, que la découverte d'un moyen assuré d'achever promptement, sans danger et dans tous les cas, la guérison de la dégoûtante maladie dont j'ai osé vous entretenir, devrait être mise au rang des plus importantes dont l'art de guérir puisse se féliciter.

Ce mémoire a été lu à l'Académie des sciences en janvier 1824, et imprimé en 1828 dans le tome Ier des Mémoires de l'Académie royale de médecine. Depuis sa publication, M. Dupuytren a pratiqué à l'Hôtel-Dieu, en ville, et il a été pratiqué, dans les diverses contrées de l'Europe, un assez grand nombre d'entérotomies, suivant la méthode et à l'aide de l'entérotome qu'il a fait connaître. M. Dupuytren a souvent regretté que le cadre dans lequel il a été obligé de se renfermer, en parlant à une assemblée de savants qui ne s'occupent pas exclusivement de l'art de guérir, ne lui ait pas permis

de donner plus de développement aux principes qu'il établissait. Ces principes trouveront leur point de départ, leur base, leur application dans le fascicule d'observations qui accompagne le mémoire de notre illustre maître. Nous parlerons d'abord des anus contre nature qui guérissent sans le secours de l'art, puis de quelques cas où l'entérotome a débarrassé les malades de cette dégoûtante infirmité. Enfin nous terminerons par les observations des malades qui ont succombé, ou sur lesquels la méthode de M. Dupuytren n'a pu être mise en usage.

Nous avons dit que les hernies étranglées étaient souvent frappées de gangrène, ce qui dépend presque toujours de la suspension de la circulation dans les parties soumises à l'étranglement, et de l'intensité de l'inflammation. On a vu cependant la gangrène survenir chez des individus sans qu'il y eût étranglement : Richter en rapporte un exemple. Cette complication des hernies se montre tantôt d'une manière rapide ; tantôt, au contraire, elle n'apparaît que lentement. Nous avons observé à l'Hôtel-Dieu des intestins gangrenés au bout de vingt-trois, vingt-quatre heures, et quelquefois plus promptement encore. Dans l'étranglement chronique, la marche est beaucoup plus tardive.

La conduite à tenir dans les hernies étranglées avec gangrène est nettement tracée : il faut se hâter d'opérer ; puis, on évacue les matières stercorales qui distendent l'intestin en établissant un anus contre nature ; il faut ensuite combattre les symptômes inflammatoires du bas-ventre, aider la cure spontanée de l'anus contre nature, l'obtenir par l'art, lorsque la nature est insuffisante, et enfin assujettir à un régime l'individu guéri de cette maladie. On voit quelquefois la nature devancer les secours de la chirurgie ; c'est ce qui arrive, par exemple, quand la gangrène a envahi le sac et les téguments, qu'elle a ouvert une voie libre à l'évacuation des matières et des gaz.

Obs. I. — *Hernie crurale étranglée. — Gangrène. — Anus contre nature. — Guérison.* — La femme Françoise Hugot, âgée de trente-neuf ans, d'un tempérament bilieux, avait une hernie crurale réductible peu volumineuse. Le 4 septembre

1819, pendant un effort, la hernie sortit, devint douloureuse, irréductible, les symptômes de l'étranglement se manifestèrent : la maladie fut méconnue, un emplâtre fut appliqué sur la tumeur, devenue rouge. La malade était aux portes de la mort, lorsque, le douzième jour, la tumeur gangrenée donna issue aux matières stercorales ; ces selles furent suivies d'une grande amélioration. Admise à l'Hôtel-Dieu le seizième jour, elle présenta, au-dessous de l'arcade crurale, cinq fistules distantes de quelques lignes, en partie obstruées par des lambeaux de tissu lamineux gangrené. La peau était rouge, enflammée, douloureuse. Ces fistules donnaient, presque sans cesse, issue à des matières alvines, liquides, jaunâtres. L'état général de la malade était assez bon ; elle avait peu d'appétit, point de fièvre ; le bas-ventre était volumineux, un peu douloureux. (Cataplasmes émollients sur les fistules, souvent renouvelés dans la journée ; eau de gomme pour boisson, léger potage pour aliment.)

Le cinquième jour, les coliques étaient dissipées, le ventre moins volumineux ; en pressant au-dessus de l'arcade crurale avec la main, M. Dupuytren faisait sortir du pus et des gaz par ces fistules ; la peau qui les avoisinait était érysipélateuse. (Lotions avec eau de guimauve, demi-lavements émollients chaque jour, demi-portion d'aliments.)

Le treizième jour, coliques, tranchées, expulsion de vents par l'anus.

Le quinzième jour, selle peu abondante par le rectum, renouvelée les jours suivants.

Le trentième jour, l'excrétion se faisait en grande partie par les voies naturelles ; l'engorgement, la rougeur de la peau, étaient dissipés. Au bout de deux mois, deux fistules étaient cicatrisées. M. Dupuytren pensa que la compression exercée avec la pelote d'un bandage hâterait la cicatrisation des autres fistules. Quatre mois après cette femme était guérie. Je l'ai vue il y a peu de temps ; quoiqu'elle ait toujours continué de porter son bandage, une hernie secondaire réductible s'est formée du même côté (1).

(1) Observation recueillie par M. Leperrey.

OBS. II. — *Hernie crurale étranglée. — Opération. — Gangrène de l'intestin. — Anus contre nature. — Guérison.* — Madeleine Magnien, âgée de cinquante-huit ans, d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 7 août 1817. Depuis trois ans elle avait une hernie réductible, qu'elle n'avait jamais maintenue. Cette fille assura qu'elle avait eu, quinze jours environ avant son entrée à l'hôpital, des coliques, des nausées, des vomissements, des hoquets, du dévoiement, suivi, au bout de quelques jours, de constipation. Voici les symptômes qu'il présentait: visage triste, abattu; céphalalgie sus-orbitaire; enduit blanchâtre de la langue, avec soif, nausées, rapports, hoquets; pouls petit, dur, fréquent; bas-ventre tuméfié, douloureux; au-dessus de l'arcade crurale droite, tumeur obronde, aplatie, élastique, non fluctuante, douloureuse à la pression, avec chaleur, rougeur de la peau. La partie supérieure et interne de la cuisse était le siége d'un érysipèle qui offrait une fluctuation équivoque. (Application de trente sangsues sur le ventre, cataplasme émollient sur la tumeur et sur l'érysipèle de la cuisse.) Le lendemain matin, M. Dupuytren pratiqua l'opération. A raison de la forme insolite de la tumeur, qui était aplatie, dans un état inflammatoire, il incisa la peau parallèlement à l'arcade crurale; les enveloppes sous-jacentes furent incisées, disséquées successivement; le tissu lamineux sous-cutané était en suppuration; le sac était de couleur noirâtre lorsqu'il fut ouvert; de la sérosité fétide, purulente, s'en écoula. Une anse d'intestin se trouvait étranglée; elle était noire, épaissie, conservait sa forme tubuleuse; et offrait deux taches blanchâtres, grisâtres, de quelques lignes de diamètre. M. Dupuytren incisa l'anse intestinale sur sa longueur, à l'endroit des escarres, dans l'étendue de huit à dix lignes. Il ne sortit pas de matières fécales après cette incision. Il porta une sonde dans le bout supérieur; il s'en écoula quelques cuillerées. M. Dupuytren retira la sonde, introduisit le petit doigt dans l'intestin, et reconnut qu'à l'endroit de l'étranglement l'intestin était resserré au point qu'il n'admettait point l'extrémité du

doigt. Il porta dans le calibre de l'intestin son bistouri herniaire, et débrida, en incisant l'intestin, le col du sac et l'arcade. Après ce débridement, il se fit une abondante évacuation; une sonde fut fixée dans l'intestin, afin d'éviter le contact des matières avec la plaie. (Eau de veau, fomentations émollientes sur le ventre, cataplasmes émollients sur l'érysipèle.)

Le soir, les accidents de l'étranglement étaient dissipés; la tuméfaction, les douleurs du bas-ventre avaient diminué. Le deuxième jour, la malade allait mieux; le ventre était souple, peu douloureux, le pouls plus développé; selles abondantes. Le troisième jour, amélioration croissante. M. Dupuytren reconnut que du pus qui s'écoulait avec les matières fécales par l'anus contre nature venait de la partie interne de la cuisse, siége de l'érysipèle. Il y pratiqua deux petites incisions, qui donnèrent issue à la matière purulente; la sonde fut retirée. Le cinquième jour, rougeur, ardeur au pourtour de l'anus contre nature; expulsion de vents par le rectum. Le septième jour, l'érysipèle de la cuisse était dissipé, la malade avait recouvré son appétit ordinaire. Le huitième jour, elle avait eu des coliques. (Demi-lavements.) Le dixième jour, persévérance des coliques, expulsion de quelques matières fécales par le rectum. Chaque jour les selles se renouvelèrent par cette voie, et devinrent plus abondantes. Le dix-huitième jour, les matières sortaient à peu près en quantité égale, et par l'anus contre nature et par le rectum. M. Dupuytren fit exercer la compression; mais ce moyen causa, le deuxième jour, des coliques, des nausées; dès lors on abandonna à la nature la guérison de la maladie. Le vingt-cinquième jour, il se manifesta un érysipèle à la fesse droite, qui fut guéri, en peu de jours, par l'application d'un vésicatoire; l'anus contre nature se réduisait à une fistule stercorale d'où s'écoulait un liquide jaunâtre transparent. Le soixante-deuxième jour, la guérison de cette femme était complète. Je l'ai vue il y a quelque temps; il s'est formé une hernie secondaire (1).

(1) Observation recueillie par M. Leperrey.

Dans les observations précédentes nous avons constaté que la guérison des anus contre nature pouvait avoir lieu par les seuls efforts de la nature ; nous allons continuer l'étude de ce sujet si digne de nos méditations en rapportant plusieurs observations propres à éclairer la thérapeutique, et à faire connaître les lésions anatomiques qu'on trouve chez les individus qui succombent, soit qu'ils aient été opérés par l'entérotome, soit qu'ils n'aient point subi d'opération.

Autant l'action de l'entérotome est prompte, autant l'oblitération complète de l'ouverture anormale est souvent longue à se faire. Quelquefois même il a été impossible de l'obtenir complétement, bien que réduite aux plus faibles dimensions, elle fût devenue inutile, et put être tenue fermée pendant long-temps sans inconvénient et sans donner issue à la moindre quantité de matières stercorales.

A cette persistance opiniâtre d'une ouverture que rien ne semble entretenir, nous avons opposé successivement, et, il faut le dire, sans de grands résultats, la colophane en poudre, portée dans sa cavité, la cautérisation de ses bords à l'aide du nitrate d'argent, leur rapprochement opéré et maintenu à l'aide de bandelettes agglutinatives; enfin l'excision de ces mêmes bords, formés par la peau et la membrane muqueuse, et leur exacte réunion par la suture enchevillée. Nous avons même imaginé, afin de maintenir appliqués l'un à l'autre les bords de l'anus anormal, de les rapprocher à l'aide de deux pelotes oblongues, fixées à une ceinture et unies entre elles au moyen de deux vis de rappel. Cet appareil n'a pas mieux réussi que les appareils dont il vient d'être question. L'observation suivante offre sous ce rapport quelques détails intéressants.

Obs. III. — *Anus contre nature. — Entérotomie. — — Guérison.* — Marguerite Bonneau, journalière, âgée de trente-sept ans, d'une petite stature, d'une constitution lymphatico-sanguine, jouissant habituellement d'une bonne santé, mère de dix enfants, avait eu en général des couches heureuses. La huitième cependant, qui eut lieu il y a trois ans, fut suivie de l'apparition à l'aine droite d'une petite

tumeur qui sortait et rentrait facilement, en ne donnant lieu qu'à de légères coliques. La femme Bonneau n'y fit pas attention, devint mère deux fois, et vit sa tumeur s'accroître sans chercher à la contenir avec un bandage. Le 7 juillet, à la suite d'un mouvement brusque pour soulever la jambe droite, elle ressent à l'aine une vive douleur, suivie bientôt de coliques et de vomissements. La source des accidents est méconnue, et, pendant neuf jours, elle vomit des matières fécales et ne rend rien par l'anus.

Le dixième, elle est transportée à la Maison royale de santé, et opérée le jour même par M. Dubois fils. Les symptômes d'étranglement continuent après l'opération; mais au milieu de la nuit les matières sortent tout-à-coup par la plaie, et la malade se trouve très soulagée; les vomissements cessent. Quinze jours étant passés dans cet état, et les moyens pécuniaires de cette femme ne lui permettant pas de rester plus long-temps à la maison de santé, elle est transportée à l'Hôtel-Dieu, le 30 août. A l'aine droite, au-dessous de l'arcade crurale, se trouve une ouverture autour de laquelle la membrane muqueuse intestinale forme par son renversement un épais bourrelet, rouge, humide. C'est par elle que s'échappe la totalité des matières stercorales; rien, absolument rien ne passe par l'anus naturel.

Pendant le premier mois on observe cette malade; on la baigne, on la tient proprement, et surtout on s'applique à relever les forces par une nourriture abondante et bien choisie. Dans cet intervalle, il arrive quatre fois que le bout supérieur cessant de donner passage aux fèces, les symptômes d'étranglement se renouvellent, avec anxiété, douleurs et tension du ventre, hoquets, vomissements. On éprouve les plus grandes difficultés à faire pénétrer une sonde dans l'intestin, et chaque fois on désespère de la malade.

L'état fâcheux dans lequel elle se trouve, et le peu de certitude de pouvoir la guérir par les moyens ordinaires, engage M. Dupuytren à essayer l'emploi de l'entérotome, imaginé par lui depuis long-temps, et couronné déjà d'un grand nombre de succès.

On s'occupe donc d'abord à chercher les deux bouts de l'intestin, et c'est toujours la partie la plus longue et la plus difficile de l'opération. On découvre enfin le supérieur, mais l'inférieur échappe constamment à toutes les recherches. Enfin le 11 novembre, on place deux sondes de femme dans deux cavités qui paraissent distinctes, et le lendemain on trouve que l'une des deux sondes est noircie, tandis que l'autre n'a rien perdu de son brillant, d'où l'on conclut que la première a pénétré dans le bout supérieur et la seconde dans l'inférieur. On leur substitue les branches de l'entérotome, on rapproche celles-ci au moyen de la vis qui les unit, l'instrument reste solidement retenu. Le troisième jour de son application, un peu de gonflement et de douleur sont calmés par une application de dix sangsues. Le quatrième jour, envies d aller à la selle, émission de quelques gaz par l'anus naturel. Le sixième jour ces envies augmentant, la malade essaie de se placer sur un bassin. Pour cela, elle saisit fortement la corde fixée au ciel de son lit et s'y suspend; mais la corde se casse et la secousse qui résulte de cet accident fait tomber l'entérotome. Entre les branches se trouve un lambeau grisâtre résultat de la destruction de l'éperon membraneux interposé entre les deux bouts de l'intestin. Deux lavements pris dans la journée procurent deux évacuations assez copieuses de matière blanchâtre dure et moulée. Le septième jour expulsion de gaz stercoraux, depuis la veille rien ne passe par l'anus anormal. Dans la nuit lavement suivi d'une petite selle. Le huitième jour, évacuation spontanée par l'anus d'une grande quantité de matières dures, brunes et fétides, avec chaleur et douleur au fondement. Le neuvième jour, nouvelle selle provoquée par un lavement.

Les jours suivants, la malade continue à aller à la garde-robe tantôt spontanément, tantôt à l'aide de clystères. Il ne survient aucun accident; un peu de pus s'échappe par la plaie, qui doit maintenant cesser de porter le nom d'anus contre nature.

Le bourrelet muqueux qui l'environnait diminue de volume; on favorise son affaissement par une compression

légère. La malade qui naguère était aux portes du tombeau semble recouvrer une nouvelle existence et reprend assez rapidement son embonpoint, ses forces et sa santé. Cependant la menstruation qui était supprimée depuis plusieurs mois ne reparaît pas. Les matières fécales passent en presque totalité par l'anus; mais il survient quelquefois des borborygmes et des coliques, il semble à la malade que les matières veulent sortir par la fistule, et que ne le pouvant pas à cause de la compression qui est exercée, elles montent dans le ventre avec grand bruit. Lorsque les coliques sont fortes et fréquentes, la fistule donne issue à une plus grande quantité de pus. Lorsqu'on comprime, la malade n'en est que peu ou point incommodée, son appareil est à peine taché. Pour déterminer l'affaissement du bourrelet muqueux, on se contente de le toucher tous les deux jours avec du nitrate d'argent. Dès qu'il en éprouve le contact, on le voit agité d'un mouvement vermiculaire, se relever, et disparaître entièrement pour reparaître dès que l'action du caustique est épuisée.

Ainsi que cela arrive dans tous les cas d'anus contre nature, la maladie fait dans le commencement de rapides progrès vers la guérison, mais au bout de quelque temps, lorsqu'elle est réduite à l'état d'une simple fistule stercorale, elle semble rester stationnaire. On essaie d'augmenter la compression qu'on exerçait sur l'orifice fistuleux ; mais un petit abcès se manifeste à la partie supérieure externe de la cuisse; plusieurs fois il se développe de l'inflammation à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, ce qui oblige de recourir aux cataplasmes émollients.

Le mésentère forme constamment dans les hernies une bride triangulaire, plissée dans le sens de la longueur, ayant la base appliquée à la colonne vertébrale, son sommet à l'angle de réunion des deux bouts de l'intestin. Cette bride, qui offre dans l'état ordinaire une tension assez considérable, est relâchée lorsque le tronc se fléchit en avant ; elle est au contraire très distendue lorsque la colonne vertébrale se recourbe en arrière ; mettant cette disposition anatomique à profit, M. Dupuytren pensa qu'en donnant à la bride du mé-

sentère la plus grande tension possible, il favoriserait d'autant le rétablissement du cours des matières fécales, il ordonna en conséquence à la malade de se lever, de se promener, de faire pendant le jour beaucoup d'exercice, et voulut que dans le lit la position fût telle que la colonne vertébrale formât un arc de cercle convexe en avant, arc de cercle dont la partie la plus saillante se trouvât à la région lombaire du rachis et les extrémités aux bouts de cette tige osseuse. L'influence de cette position fut telle, qu'au bout de quelques jours, le suintement avait considérablement diminué, et que trois semaines après les pièces de l'appareil étaient à peine tachées en vingt-quatre heures.

Quelques jours plus tard, la femme Bonneau quitta l'hôpital, parfaitement guérie (1).

L'opération de l'anus contre nature est presque toujours pratiquée pour des hernies inguinales ou crurales, étranglées et gangrenées. Nous devons à l'obligeance de notre ami M. le docteur Robert le fait suivant, relatif à un anus anormal ombilical, guéri par la méthode de M. Dupuytren : cette observation, du plus grand intérêt, trouve ici naturellement sa place.

Obs. IV. — *Hernie ombilicale gangrenée et suivi d'anus contre nature. — Emploi de l'entérotome. — Guérison.* — Le nommé Matthieu, âgé de soixante-quatorze ans, d'une bonne constitution, marchand aux halles, portait depuis trois ans une hernie ombilicale, survenue pendant un effort. La tumeur était réductible et depuis quatre mois seulement, contenue par un bandage. Le 14 septembre 1834, sans cause connue, elle s'étrangla ; un chirurgien fit de longs et inutiles efforts pour la réduire ; le malade fut admis à l'Hôtel-Dieu le 17, quatrième jour de l'étranglement.

Au-dessus et à gauche de l'ombilic existait une tumeur hémisphérique, ayant à sa base environ deux pouces de diamètre, rouge, rénitente, sensible au toucher, et présentant une espèce de fluctuation crépitante. Il y avait suppression des

(1) Observation recueillie par M. Félix Legros.

selles et des gaz stercoraux ; le ventre était douloureux, ballonné. Les vomissements avaient été d'abord très fréquents et bilieux : mais, depuis quelques heures, ils avaient cessé, et le malade semblait éprouver du calme, bien qu'il fût dans un état de faiblesse extrême. Les caractères de la tumeur, la cessation du vomissement, l'anéantissement des forces, ne laissaient nul doute sur l'état de l'intestin : il était gangrené. J'incisai crucialement les enveloppes extérieures de la tumeur, et arrivai bientôt sur le sac que je trouvai rempli d'une sérosité noire et fétide ; l'anse intestinale était flétrie et d'une teinte ardoisée ; il ne me resta plus qu'à l'ouvrir largement, et à placer une sonde dans le bout supérieur de l'intestin ; les matières stercorales s'écoulèrent en grande quantité : la faiblesse fut extrême pendant vingt-quatre heures : cependant le malade put supporter quelques boissons, et les hoquets cessèrent. Le troisième jour de l'opération les forces commençaient à se relever ; le ventre était indolent ; les matières s'écoulaient librement par la sonde ; cet état s'améliora rapidement ; les escarres de l'intestin se détachèrent ; et le dixième jour la sonde put être retirée sans inconvénient; mais ce bien-être inespéré ne dura pas long-temps. Malgré l'emploi d'aliments analeptiques, les forces diminuèrent de nouveau ; l'aspect des matières qui sortaient par l'anus contre nature annonçait que le bout stomacal de l'intestin avait peu de longueur ; le contact irritant des fèces entretenait sur la peau du ventre et des flancs une inflammation érythémateuse qui causait au malade de vives douleurs et un peu de fièvre.

Je commençai de nouveau à désespérer. Le seul moyen d'arracher le malade à une mort certaine était de détruire immédiatement, au moyen de l'entérotome de Dupuytren, l'éperon membraneux formant obstacle au cours des matières ; mais trois semaines s'étaient à peine écoulées depuis l'étranglement de la hernie, et n'avais-je pas à craindre que l'emploi prématuré de cet instrument ne fût suivi d'accidents graves, en réveillant une inflammation à peine éteinte ? Dans tous les cas connus d'anus anormaux traités par ce moyen,

la maladie avait ou plusieurs mois ou plusieurs années d'existence. Il ne fallut donc rien moins que l'urgente nécessité pour me décider à ne pas attendre plus long-temps. Le 8 octobre, vingt-et-unième jour de l'opération de la hernie, je procédai à l'application de l'entérotome. L'ouverture herniaire étant encore assez large, il me fut facile d'y faire pénétrer le doigt, et d'explorer ainsi la position des deux bouts de l'intestin, ainsi que celle de l'éperon membraneux. Je constatai que le bout stomacal était placé à droite et au-dessous du bout anal, et, à ma grande satisfaction, je ne découvris dans leur direction aucun empêchement à l'introduction de l'entérotome : l'éperon était peu saillant.

Je guidai sur le doigt chacune des branches de l'instrument; et, bien certain d'avoir saisi l'éperon dans leur intervalle, je les serrai d'abord modérément afin d'amener au simple contact les surfaces péritonéales correspondantes au bout de l'intestin, et d'en provoquer ainsi l'adhésion. Le malade n'éprouva, pendant la journée, qu'un peu de douleur dans le ventre. Dès le lendemain, je serrai les branches de l'entérotome assez fortement pour déterminer immédiatement la mortification des tissus pincés. Quelques douleurs eurent lieu, se propageant de la plaie vers les fosses iliaques; mais elles se calmèrent spontanément en peu d'heures. Le 13 octobre, quelques gaz stercoraux s'échappèrent par les voies naturelles; le 14, l'entérotome fut retiré sans résistance; il présentait entre ses mors un lambeau gangrené des tuniques intestinales. Le 15, une selle abondante et liquide eut lieu, précédée de quelques coliques. A dater de ce jour, le cours des matières fut rétabli; le malade reprit graduellement son embonpoint et ses forces. L'anus anormal se rétrécit peu à peu sans autre traitement qu'une compression douce, et quelques cautérisations avec le nitrate d'argent. A la fin du mois de décembre, il était réduit aux dimensions d'un pertuis d'une ligne de diamètre, et ne livrait passage qu'à une très petite quantité de mucus coloré par la bile. J'aurais bien désiré compléter cette guérison; mais j'avais vu Dupuytren faire dans ce but de si nombreuses et

si inutiles tentatives, que je me bornai à conseiller au malade l'application constante d'un brayer. Cette précaution était du reste indispensable, car le retrait de l'anus anormal ne s'était opéré que sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. En refoulant la cicatrice extérieure on sentait l'ouverture aponévrotique encore très dilatée.

Le malade sortit de l'hôpital le 28 décembre, et porta exactement son brayer pendant tout l'hiver ; mais dans le courant du mois de mai 1835, la pelote en étant devenue trop dure et excoriant la peau, il crut devoir la retirer. Dix jours après, la cicatrice se rompit ; une tumeur formée par le prolapsus de la membrane muqueuse du bout supérieur de l'intestin se fit jour au-dehors, et s'accrut rapidement au point d'acquérir en peu de temps cinq pouces de longueur. Elle était cylindroïde, rouge, circonscrite à sa base par les restes de la cicatrice ombilicale ; arrondie à son sommet, et présentant une ouverture par où s'échappaient les matières fécales. Le cours naturel de celle-ci fut interrompu de nouveau. Effrayé de cet état, le malade entra à l'hôpital. Là, je réduisis la tumeur ; une compression permanente fut exercée sur l'ouverture anormale ; mais un petit bourrelet rougeâtre dû à un reste de prolapsus de la membrane muqueuse tendait continuellement à s'y engager, et je dus en faire l'excision. Le malade sortit de nouveau à la fin de juin ; et depuis lors il n'a cessé de porter un brayer. Aujourd'hui (octobre 1839), il est retiré à l'hospice de Bicêtre, et jouit d'une santé parfaite.

Cette observation est le seul cas connu jusqu'à ce jour d'anus anormal ombilical guéri par la méthode de Dupuytren (1).

Couper l'éperon formé par les intestins adossés, rétablir le cours des matières fécales, est chose facile à l'aide de l'entérotome ; mais obtenir la cicatrisation de l'ouverture cutanée est beaucoup plus difficile, comme nous l'avons déjà observé. Que de tentatives faites et avortées ! tout a été essayé. Citons

(1) Observation communiquée par M. Robert.

le succès obtenu par le docteur Collier à l'aide de l'autoplastie.

Obs. V. — *Anus contre nature. — Fistule. — Autoplastie. — Guérison.* — Un domestique était affecté d'une tumeur dans l'aine droite ; le chirurgien appelé crut avoir affaire à un abcès ; il l'ouvrit avec une lancette; mais au lieu de pus il s'écoula des matières fécales. Étonné de ce résultat, il en attribua la cause à la non-maturité de l'abcès. La plaie resta pendant trois mois abandonnée à elle-même, donnant issue à la plus grande partie des matières fécales; il ne sortait par la voie naturelle qu'une très petite portion de matières.

Ce fut alors que le docteur Collier vit l'anus contre nature et s'efforça d'en effectuer la cicatrisation en cautérisant les bords calleux ; ce moyen ne réussit pas ; la ligature fut employée avec aussi peu de succès. M. Collier eut recours à la méthode de Tagliacozzi ; il scarifia les bords de l'anus contre nature, détacha une portion de peau aussi grande que la plaie, au-dessus de l'ouverture anormale, tourna le lambeau de peau, et le réunit avec les bords de la plaie au moyen de quatre sutures ; il appliqua ensuite une compresse, et la maintint par un bandage herniaire. Le procédé réussit complétement, sans causer de grandes incommodités au malade.

On a vu dans dans un des paragraphes précédents que l'opération avait été pratiquée avec succès dans les pays étrangers. Nous avons trouvé, dans les papiers de M. Dupuytren, deux observations, rédigées par M. le docteur Gautier, d'opérations d'anus contre nature faites en Belgique par M. Clerx ; en voici l'extrait.

La première fut pratiquée pour une hernie inguinale étranglée qui avait laissé après elle un anus anormal. La maladie existait depuis huit mois. M. Clerx saisit la tumeur, qui présentait trois crevasses, et la retrancha ; il y eut quelques vaisseaux ouverts, une masse considérable d'intestins se précipita par l'ouverture. La réduction ayant été faite, l'entérotome fut appliqué ; il tomba le dixième jour ; à partir de

cette époque les excréments sortirent par la voie ancienne et normale. Le malade se rétablit complétement, ne conservant de son affreuse infirmité qu'un léger suintement de sérosité. Il portait un bandage approprié, sous la pelote duquel il mettait un peu de charpie ; il pouvait se livrer à des exercices violents et faire des efforts de toute espèce.

Le second malade avait une hernie crurale qui s'étrangla et se gangréna. M. Clerx *enleva la portion mortifiée et plaça de suite la pince* de M. Dupuytren. Les choses se passèrent comme dans le cas précédent ; il y avait déjà deux mois que l'opération était faite, la guérison pouvait être regardée comme certaine, lorsque le malade, qui avait été tenu à une diète sévère, mangea un gros morceau de viande : il eut une indigestion, des accidents se manifestèrent du côté du ventre, et il succomba à une entéro-péritonite.

L'anatomie pathologique des anus contre nature présentait des considérations d'un intérêt trop grand pour qu'elle ne fût pas de notre part l'objet d'autres recherches. Nous l'avons étudiée chez les sujets qui avaient guéri de cette dégoûtante infirmité par les seuls efforts organiques, et chez ceux qui avaient succombé aux progrès du mal.

Dans le premier cas, nous avons pu nous assurer par des dissections attentives, faites chez des individus qui étaient morts au bout de quelques années d'affections étrangères à celle-ci, que l'intestin au lieu d'être attaché, ainsi qu'on aurait pu le croire, aux parois de l'abdomen, était, au contraire, flottant et libre dans le ventre. Un cordon fibro-celluleux, étendu du point cicatrisé de l'enceinte abdominale jusqu'à l'intestin, constituait les derniers vestiges des adhérences qui avaient autrefois retenu l'ouverture de cet organe en rapport avec celle de l'anus anormal. Ce cordon de quelques lignes de diamètre et de quelques pouces de longueur, plus gros à ses extrémités qu'à sa partie moyenne, revêtu par le péritoine, et analogue aux ligaments ronds de la matrice, était formé intérieurement par un tissu cellulaire assez doux et assez résistant. En essayant de séparer ses diverses parties, on pouvait s'assurer qu'il était plein, sans cavité inté-

rieure, depuis les parois de l'intestin jusqu'à sa terminaison. Nous ne connaissons pas d'exemple de l'entière disparition de ces cordons fibreux, résultat de l'allongement des adhérences intestinales, et qui deviennent si fréquemment la cause d'un accident plus grave encore que la maladie dont ils présentent les traces, c'est-à-dire de l'étranglement interne, soit que des anses du tube digestif s'entortillent autour d'eux, soit qu'au contraire ils serrent des portions de cet organe, et les compriment dans une sorte de nœud.

Les recherches anatomiques ont également fait voir que la portion inférieure de l'intestin ne s'oblitérait presque jamais.

Cependant M. Bégin a observé, il y a quelques années, au Val-de-Grâce, un fait qui semble indiquer que la disparition complète de la cavité intestinale n'est pas impossible. Sur un vieillard d'environ quatre-vingts ans, et qui portait depuis plus de quarante ans à l'aine gauche un anus anormal formé aux dépens du colon transverse, abaissé jusqu'au niveau de l'anneau inguinal correspondant, ce chirurgien a trouvé que le bout supérieur ou afférent s'ouvrait seul à la plaie. Il fut impossible de découvrir, ni sur la cicatrice, ni aux parties environnantes, ni à la surface de ce bout supérieur, aucun pertuis formant l'entrée du bout inférieur. Celui-ci, sous la forme d'un cordon blanc, gros à peine comme une plume ordinaire et d'une grande solidité, remontait vers le rein gauche, pour redescendre ensuite, en formant quelques flexuosités, jusqu'à l'anus. A mesure qu'il s'approchait de cette ouverture, son volume augmentait, et sa résistance paraissait moins grande. A sa partie inférieure il était libre encore et contenait des mucosités blanchâtres; mais plus haut, il se rétrécissait au point de ne pouvoir admettre qu'un stylet très délié; et le long de la portion ascendante de son trajet, dans l'étendue de six à huit pouces, il était, au voisinage de l'anus accidentel, si complètement oblitéré, qu'il fut impossible d'y découvrir la moindre trace d'un canal intérieur.

Des altérations d'un tout autre genre, et également curieuses à constater, se présentent chez les individus qui suc-

combent pendant la durée d'un anus contre nature. C'est ce que vont nous montrer les observations suivantes.

Obs. VI. — *Hernie crurale étranglée chez un vieillard. — Opération. — Anus contre nature. — Point d'accidents primitifs. — Mort. — Autopsie.* — Suir (Jean-Bazile), vieillard presque septuagénaire, sourd, infirme, d'une constitution débile, encore détériorée par l'âge et la misère, fut apporté à l'Hôtel-Dieu, le 4 janvier 1813, dans l'état suivant : à l'aine gauche se voyait une tumeur demi-sphérique du volume du poing d'un jeune enfant, à base large, appliquée sur la partie moyenne un peu interne de l'arcade crurale, molle, fluctuante, d'un rouge violacé ; du reste le pouls était presque naturel, la langue bonne, le ventre à peine douloureux, les hoquets fréquents, les éructations fétides et continuelles, les vomissements rares et amenant des matières fécales, les selles nulles, la face décomposée, de manière cependant qu'on ne pouvait distinguer l'effet de la maladie de l'effet de l'âge et de la cacochymie ; la voix faible, les forces moins épuisées qu'il ne l'aurait semblé d'abord ; le malade put se tenir debout pendant qu'on préparait son lit ; dans le lit il se mettait sans efforts sur son séant ; tranquillité physique et morale aussi grande qu'on pût le désirer. L'ensemble de ces symptômes discordants fit aisément reconnaître la nature de la maladie et le temps auquel elle était parvenue. Les circonstances commémoratives manquaient encore ; elles confirmèrent le diagnostic déjà porté. Le malade avait depuis un temps incertain, trois ans au plus, une hernie crurale qu'il n'avait jamais contenue, lorsque le 26 décembre, après un copieux repas, il éprouva tout-à-coup, sans autre cause connue, une colique violente, des nausées, des vomissements, une impossibilité absolue de faire rentrer sa tumeur, auparavant facilement réductible ; et un mot tout l'appareil des symptômes de l'étranglement aigu. La nuit, le lendemain, les symptômes s'accroissent ; ce malheureux reste sans secours jusqu'au surlendemain, où on peut enfin pénétrer dans sa chambre, et où on le trouve environné de débris de matières alimentaires. Un médecin appelé le flatte d'un vain espoir, et

se contente de remèdes insignifiants. Cependant aux vomissements de matières alimentaires avaient succédé ceux de matières fécales ; les hoquets se pressent, le mal empire chaque jour ; tout-à-coup les accidents tombent, les vomissements deviennent plus rares, mais les hoquets sont plus fréquents ; le malade se décide enfin à entrer à l'hôpital le neuvième jour de l'étranglement. Un cataplasme émollient est provisoirement appliqué. A la visite du matin tout était comme la veille, seulement l'épiderme était détaché sur le centre un peu noirâtre.

L'indication était évidente, il fallait ouvrir cet abcès gangréneux et stercoral, pratiquer un anus contre nature ; mais à la rigueur le désordre pouvait n'être pas aussi grand qu'il le paraissait ; aussi M. Dupuytren, avant de pratiquer l'incision en T qu'il avait projetée, divise la peau avec la même précaution que dans l'opération de la hernie. A peine le foyer est-il entamé qu'il en sort une grande quantité de pus noirâtre et horriblement fétide. Jusqu'ici point de matières ; la fétidité est l'apanage essentiel et inexplicable des abcès voisins des grandes cavités. Le foyer abstergé, les lambeaux du sac gangrené enlevés, on aperçoit une lame grisâtre, diffluente, que l'on reconnaît pour l'intestin affaissé et sans vie ; on l'ouvre avec des ciseaux ; point de matières. Se serait-on mépris ? n'aurait-on eu affaire qu'à une portion d'épiploon ? l'introduction du doigt va tout éclairer ; or l'anneau est si resserré qu'à peine peut-il admettre l'auriculaire. L'opération n'aurait pas dû aller plus loin suivant Louis, qui regarde tout débridement dans ce cas comme inutile puisqu'il n'y a pas d'étranglement, et comme dangereux puisqu'il expose à l'épanchement des matières dans l'abdomen, et entrave le rétablissement de leur cours ; elle ne devait pas se borner là suivant Arnaud, Scarpa et d'autres chirurgiens non moins célèbres.

Il fallait évidemment débrider pour donner issue à des matières accumulées depuis neuf jours, pour faciliter consécutivement cette issue, pour lever tout étranglement intérieur, s'il en existait quelqu'un. Au défaut de bistouri concave

boutonné, toujours préférable, une sonde cannelée fut portée dans l'anneau; mais l'intestin adhérait à l'anneau dans tout son pourtour; fallait-il détruire cette adhérence plutôt que de débrider à la fois l'intestin et l'anneau? Non, sans doute, et à l'exemple d'Arnaud, dans un cas cependant un peu différent, on incisa le ligament de Fallope avec le bistouri dirigé sur la sonde; mais dans quelle direction convenait-il de débrider? ce fut en haut qu'Arnaud dans le cas en question porta l'instrument (c'était à une femme qu'il avait affaire); un pareil débridement eût infailliblement fait périr le malade d'hémorrhagie; en dehors on eût blessé l'artère épigastrique, en dedans l'artère spermatique; plusieurs voies n'existent point pour arriver au but: c'est en bas et en dedans suivant la direction de l'arcade crurale qu'il dut être fait. Scarpa, qui, comme méthode générale, préfère la dilatation avec ou sans mouchetures, a la gloire d'avoir le premier proposé ce débridement, et M. Dupuytren celle de l'avoir le premier pratiqué.

A peine ce débridement fut-il opéré, qu'on en vit jaillir une quantité prodigieuse de matières fécales de consistance de purée; le doigt introduit dans la plaie et la pression sur le ventre favorisent leur sortie. On ne voulut pas trop insister, la nature ne supportant que difficilement le passage subit d'un état à un autre.

Des compresses fenêtrées, beaucoup de charpie, des longuettes soutenues par un bandage triangulaire, imbibées de quelque décoction aromatique, les soins de propreté, le renouvellement fréquent de l'appareil, l'onction du voisinage de la plaie avec un corps gras, constituèrent tout le pansement. A l'intérieur point de purgatifs, mais de suite moyens fortifiants.

Dès ce moment le malade est soulagé; le ventre indolent, souple, les évacuations par la plaie très abondantes; les vomissements, d'abord moins rapprochés, sont bientôt nuls; les hoquets sont plus rebelles, mais ils cèdent à leur tour; la nuit est très bonne. Le lendemain l'appétit renaît, il est même assez fort pour que le malade sollicite avec instance

quelques aliments; on lui accorde du vermicelle. Le 6, le 7, le 8, le mieux se continue; la figure du malade est riante, lorsqu'il nous voit approcher; l'appétit se soutient; on commence à espérer, mais en vain. Le 9 au matin, sa figure est triste, il se plaint de douleurs autour de la plaie, et en effet son pourtour était d'un rouge vif; ses idées se troublent, il éprouve ce délire de faiblesse toujours précurseur de la mort; sa voix est à peine intelligible. Le soir, la face est très rouge, le pouls très agité, la langue sèche. Le 10, symptômes adynamiques toujours croissants; mort la nuit du 10 au 11, le septième jour de son entrée à l'hôpital et le seizième de l'étranglement.

Examen du cadavre. — Deux choses étaient importantes à observer : 1° le rapport des vaisseaux cruraux avec les parties adhérentes à l'anneau ; 2° l'état de ces parties adhérentes.

1° Pour le premier objet, on pratiqua l'injection de l'aorte pectorale ; alors il fut évident pour tout le monde que l'artère épigastrique occupait le côté externe de l'ouverture fistuleuse, que l'artère spermatique suivait exactement la direction de l'arcade crurale placée pour ainsi dire dans son épaisseur. Mais le côté opposé devait offrir un champ bien plus vaste à notre observation. M. Dupuytren simule de ce côté l'opération de la hernie ; en introduisant le doigt derrière l'arcade, il sent un petit sac herniaire vide ; alors substituant à son doigt celui d'un aide, il procède à la dissection des parties, et nous montre, de la manière la plus manifeste, les rapports que le désordre de la maladie altérait ou rendait moins sensibles de l'autre côté.

En dehors et en arrière du sac étaient les vaisseaux cruraux, l'artère en dehors et en avant, la veine en dedans et en arrière. A quelques lignes au-dessous du ligament de Fallope, naissait de la partie interne et supérieure de l'artère fémorale l'épigastrique, qui, dirigée d'abord en dedans et en bas, se portait bientôt en haut accolée au côté externe du sac, gagnait l'arcade crurale derrière laquelle elle s'entrecroisait avec le cordon spermatique, situé d'abord au-devant

d'elle, puis à son côté externe, et se dirigeait flexueuse vers le bord externe du muscle droit. Dans son trajet sur le côté du sac elle fournissait une branche assez volumineuse, qui parcourait transversalement toute la largeur de ce sac et venait s'anastomoser en dedans avec l'obturatrice : cette branche est constante, et fournit toujours une légère hémorrhagie. Quand l'artère obturatrice naît de l'épigastrique, elle suit précisément la même direction, a les mêmes rapports avec le sac, disposition importante que M. Dupuytren nous a montrée une fois sur le cadavre. L'artère spermatique verticale et flexueuse, dans la plus grande partie de son trajet, gagnait le milieu environ de l'arcade crurale (Scarpa dit le voisinage de l'angle externe), parcourait comme une ligne tremblée toute la moitié interne de cette arcade, à deux lignes ou deux lignes et demie de son bord, sensible à travers son épaisseur chez ce sujet, s'élevant un peu en dedans pour gagner l'anneau inguinal, un peu plus distante dans ce point du bord libre de l'arcade. Il fut alors bien évident que le débridement direct en haut doit nécessairement intéresser l'artère spermatique, ou seule ou avec l'artère épigastrique, à l'endroit de leur entrecroisement ; que le débridement en dehors et en haut coupe l'épigastrique, que celui en dedans et en haut coupe le cordon spermatique, que celui en dedans et en bas suivant la direction de l'arcade conseillé par Scarpa, et celui en dehors et en haut toujours suivant la direction de l'arcade, direction dont il ne parle pas, sont seuls convenables.

2° L'anus contre nature n'était pas moins intéressant ; il était formé aux dépens de l'iléon, à deux pieds et demi environ du gros intestin. Deux bouts d'intestin, l'un plus rétréci placé en dedans et en haut sur le côté de la vessie au péritoine de laquelle il adhérait, l'autre plus large en dehors et en bas, venaient s'ouvrir parallèlement au-dehors ; un léger pli que maintenait une adhérence albumineuse, marquait l'endroit de leur union. C'était aussi par une substance albumineuse presque celluleuse, d'un demi-pouce d'étendue, que les bouts de l'intestin adhéraient à l'anneau, non point

à l'anneau fibreux comme on l'a cru long-temps, mais à la portion du péritoine qui le revêt; circonstance importante qui explique la possibilité de la guérison des anus contre nature, suite de hernies, l'impossibilité de celle des anus, suite d'éventration ou de plaies qui intéressent toute l'épaisseur du canal intestinal.

L'adhérence rompue nous permit de voir la couleur rouge noirâtre de l'intestin à son niveau, sa rougeur moindre mais maladive au voisinage, le contour inégal et comme dentelé de l'orifice fistuleux; chose assez surprenante, un anneau entier d'intestin existait intact au milieu. Il était manifeste que cet intestin n'avait été que pincé, mais dans la plus grande partie de son diamètre, du côté opposé au mésentère; en vain le doigt, la sonde cannelée, cherchèrent-ils deux ouvertures, ils n'en purent découvrir qu'une, après comme avant la séparation des parties. Pour trouver la seconde on fut obligé d'inciser la partie d'intestin la plus voisine du cœcum; alors on aperçut ce repli en forme de demi-croissant, ce *promontoire* interposé entre les deux ouvertures, dont Scarpa parle tant; repli qui s'oppose au passage des matières de l'un dans l'autre bout, sans cavité intermédiaire, et qu'on se propose d'affaisser par une nourriture abondante. On distinguait encore l'origine de cet entonnoir membraneux péritonéal, inconnu à Louis, à Sabatier et à tant d'autres, sur lequel Scarpa a le premier appelé l'attention, et établi sa doctrine si belle de la cure des anus contre nature. Devenu partie du canal intestinal, ce prolongement du péritoine, ce débri du sac herniaire, que la nature sait si bien mettre à profit, change nécessairement de texture pour devenir membrane muqueuse; c'est, je crois, le seul exemple de la conversion des membranes séreuses en muqueuses.

Le reste de l'abdomen n'offrait rien de particulier; seulement ses parois frappèrent par leur couleur verte, qui aurait fait soupçonner une péritonite, si cette idée n'avait pas été démentie par les autres symptômes; les intestins étaient plus injectés que de coutume, et humectés par une plus grande quantité de sérosité; l'estomac renfermait en-

core une assez grande quantité de matières fécales; la portion d'iléon inférieure à l'ouverture fistuleuse était vide, rétrécie, au point de ne pouvoir admettre une plume à écrire; les gros intestins, revenus sur eux-mêmes, étaient dilatés d'espace en espace par des matières dures rassemblées en crottins (1).

Obs. VII. — *Hernie crurale étranglée. — Opération. — Gangrène de l'intestin. — Etablissement d'un anus contre nature. — Mort. — Autopsie.* — La femme Sougeux, âgée de trente-sept ans, avait une hernie depuis douze ans, qui sortait et rentrait habituellement sans jamais avoir fait éprouver d'accident. Le 23 mai 1817, sa hernie s'étrangla, et pendant cinq jours cette femme resta exposée à tous les accidents de cette grave maladie; elle entra à l'Hôtel-Dieu le 28 sur les huit heures du soir. Elle avait au-dessous de l'arcade crurale gauche une tumeur du volume d'un œuf, obronde, circonscrite, élastique, irréductible, rénitente, non fluctuante, sans chaleur, sans changement de couleur à la peau; depuis l'étranglement, il n'y avait point eu de déjections ni d'expulsion de gaz; le bas-ventre était ballonné, tendu, douloureux; on sentait sous la région hypogastrique une tumeur molle, fluctuante, du volume de la tête d'un fœtus; le pouls était petit, fréquent; le visage triste, décoloré; la langue blanchâtre. La malade fut mise au bain; des cataplasmes émollients furent ensuite appliqués sur la tumeur, et l'on fit des fomentations sur le bas-ventre.

Le lendemain matin 29, sixième jour de l'étranglement, même état. L'opération fut pratiquée de suite.

La peau qui recouvrait la tumeur fut incisée crucialement; le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose, le tissu cellulaire sous-aponévrotique, toutes ces parties furent divisées par couches. Le sac se trouva en évidence; deux enveloppes celluleuses qui en augmentaient l'épaisseur furent isolées et détruites. Le sac fut ouvert en le soulevant avec la pointe du bistouri tenu à plat; un jet de sérosité roussâtre s'écoula de

(1) Observation recueillie par M. Cruveilhier.

cette ouverture qui fut agrandie avec des ciseaux. Dans l'intérieur du sac, il y avait une portion de tissu cellulaire noirâtre, au-dessous de laquelle on apercevait une anse d'intestin de trois pouces de longueur, épaissi, noirâtre; au centre était une plaque blanchâtre de trois lignes de diamètre; avec la pointe du bistouri on enleva les tuniques extérieures de l'intestin; il ne s'écoula point de sang, la malade ne donna aucun signe de sensibilité. M. Dupuytren porta le doigt au collet du sac, et reconnut que l'intestin lui adhérait dans toute sa circonférence. Il fallut procéder au débridement : on pouvait opter entre deux moyens; l'un consistait à détruire les adérences, à attirer l'intestin au-dehors, à l'y fixer à l'aide d'un fil passé à travers le mésentère. Quand bien même on n'eût pas tenu compte de la difficulté de détruire l'adhérence, ce moyen n'était pas exempt de dangers, et en y recourant on perdait une disposition favorable à la guérison de l'anus contre nature par compression.

M. Dupuytren préféra le moyen qu'Arnaud avait mis en usage le premier dans un cas semblable, et qui consiste à fendre l'intestin, et, à l'aide du bistouri introduit dans son calibre, à débrider, en incisant l'intestin, le collet du sac et l'arcade. Mais ce débridement exige la plus grande précaution, car si l'incision s'étend au-delà de l'adhérence, l'épanchement stercoral dans l'abdomen en est le résultat. Il fut pratiqué verticalement en haut et en dedans avec toute la sécurité que donne l'habitude de semblables opérations; un flot de matières fécales sortit à l'instant. On introduisit dans le calibre de l'intestin une sonde de femme par laquelle des matières fécales furent évacuées; deux petits bassins en furent en peu de temps remplis. M. Dupuytren retira la sonde de femme, et s'assura, en introduisant le petit doigt dans le calibre de l'intestin, que le débridement n'était point assez étendu, et que la constriction exercée sur l'intestin par le collet du sac et l'arcade pouvait bien s'opposer au libre écoulement des matières fécales; il se détermina à pratiquer un second débridement. Après cette seconde opération, le petit doigt put facilement entrer dans l'intestin; une sonde de

gomme élastique fut placée et fixée avec un fil qui entourait la cuisse, afin d'empêcher le contact des matières avec la plaie et la peau environnante ; un plumasseau fut appliqué sur la plaie, des fomentations furent faites sur le bas-ventre.

Immédiatement après l'opération la malade se trouva soulagée, les coliques étaient plus modérées ; mais bientôt le bas-ventre se météorisa, la forme tubuleuse des intestins se dessina à travers les parois abdominales. Sur les onze heures du matin, le chirurgien de garde fut appelé ; il s'aperçut qu'il s'écoulait par la plaie et par le pavillon de la sonde du sang en petite quantité ; depuis l'opération il n'était point sorti de matières fécales ; la malade s'était aperçue de l'écoulement de sang, et en avait conçu de grandes inquiétudes. Sur les trois heures l'écoulement de sang paraissait arrêté ; la malade était très faible, accusait de vives douleurs dans la région des reins ; le ventre n'était plus aussi douloureux.

A la visite du soir, M. Dupuytren ôta la sonde de gomme élastique, dans la crainte que sa présence dans l'intestin n'eût donné lieu à cette hémorrhagie. La malade avait le visage pâle, les yeux ternes, le pouls petit, très faible ; elle se plaignait toujours de vives douleurs dans les reins. Dans la nuit, il s'écoula un peu de sang par la plaie : la malade est morte sur les deux heures du matin en poussant des cris plaintifs.

Autopsie. — La tunique péritonéale des intestins était rouge, très injectée ; les intestins étaient distendus par des gaz dans les régions lombaires, et dans l'excavation du bassin il y avait de la sérosité purulente. L'intestin qui formait la hernie était l'iléon ; chaque bout venait se réunir à angle aigu sous l'arcade crurale, où ils adhéraient au sac et aux bords de la plaie ; le bout correspondant à l'estomac était placé en dehors, il était distendu par des gaz ; le bout répondant au rectum était en dedans vide, rétréci ; l'anse d'intestin qui formait la hernie avait à peu près trois pouces et demi de longueur ; il était épaissi, noirâtre, adhérent aux bords de la plaie. L'incision qui avait été faite sur sa longueur laissait voir l'intérieur des deux bouts, et l'éperon qui formait une saillie légère. En arrière on voyait le mésentère qui était

plissé à l'endroit où le bout supérieur cessait d'être adhérent ; au collet du sac, et un peu au-dessus, il était troué et détruit par la gangrène dans la plus grande partie de sa circonférence, de sorte que les matières fécales avaient pu s'épancher dans l'abdomen ; cette perforation était séparée de l'incision, qui avait été faite à l'anse d'intestin qui était au-dehors, par un espace de six lignes. La tumeur que l'on sentait pendant la vie dans l'hypogastre était une hydropisie enkistée de l'ovaire gauche ; les parois du kyste étaient composées du péritoine qui formait la tunique extérieure, d'une tunique fibreuse moyenne, et d'une tunique séreuse interne qui était un peu enflammée. La serosité contenue dans ce kyste était purulente, de la quantité d'une pinte. Le ligament large environnait trois fois le pédicule de la tumeur. Dans la poitrine des adhérences celluleuses unissaient le poumon à la plèvre gauche (1).

Dans les deux observations précédentes, on a pu constater le rapport des vaisseaux avec les parties adhérentes à l'anneau, la disposition anatomique des parties qui constituent l'anus contre nature ; dans le fait qui va suivre, nous allons examiner l'état des organes dans un cas où l'entérotome fut appliqué pour retrancher le bout inférieur de l'intestin invaginé et faisant saillie au-dehors.

Obs. VIII. — *Anus contre nature. — Invagination, état squirrheux et saillie irréductible du bout inférieur. — Emploi des mèches pour le dilater, une ulcération s'y forme et donne lieu à une nouvelle invagination. — Application de l'entérotome pour couper le bout inférieur. — Mort. — Autopsie.* — Feuillet (Félix), âgé de trente-deux ans, profession de charron, d'une bonne constitution, d'un tempérament bilieux et sanguin, est entré à l'Hôtel-Dieu le 13 juillet 1818, pour s'y faire traiter d'un anus contre nature, situé dans la région inguinale droite, et dont il était affecté depuis trois ans.

A l'âge de dix ans il avait été atteint d'une hernie inguinale du côté droit, par suite d'efforts dus à un vomitif, et qui dé-

(1) Observation recueillie par M. Leperrey.

terminèrent l'apparition d'une tumeur du volume d'une noix, sans changement de couleur à la peau. Dans les commencements, sa hernie sortant et rentrant facilement, le malade ne songea pas à la contenir; mais ayant ensuite éprouvé quelques difficultés pour la faire rentrer, il se construisit lui-même un bandage de toile qui ne la contenait qu'imparfaitement. En effet, malgré son application et à la suite d'un léger effort bien moindre que beaucoup de ceux auxquels sa profession l'exposait, sa hernie sortit plus volumineuse que de coutume; le 27 février 1815, elle était plus dure et douloureuse à la pression. Aussitôt le cours des matières fécales est interrompu et tous les sypmtômes de l'étranglement se manifestent.

Un chirurgien est appelé le lendemain du jour de son accident, il fait de nombreuses et longues tentatives de réduction; des cataplasmes émollients, des bains, des saignées furent employés; tous ces moyens furent inutiles et firent perdre un temps précieux. Ce n'est qu'au bout de douze jours que le malade voyant que les accidents ne disparaissaient pas, fit appeler un autre chirurgien qui se borna à inciser la peau qui était déjà livide et noirâtre. On trouva les intestins gangrenés et un épanchement de matières fécales. On se contenta d'un pansement de propreté.

Depuis ce temps les matières fécales se sont toujours écoulées par la plaie; cependant, à des intervalles plus ou moins éloignés, le malade sentait le besoin d'aller à la selle par les voies naturelles et rendait alors quelquefois des matières blanchâtres, muqueuses, semblables à du blanc d'œuf, quelquefois des matières dures qui nécessitaient de grands efforts pour être expulsées; lorsque, malgré le besoin qu'il éprouvait de les rendre, il lui arrivait de n'y pas satisfaire, le besoin se passait pour ne revenir que long-temps après.

Pendant trois ans une boîte en bois grossièrement travaillée sert à recevoir les matières fécales et à prévenir leur épanchement sur la cuisse, et sur les vêtements du malade.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, il se trouvait dans l'état suivant :

Dans la région inguinale droite, à l'origine de la bourse

correspondante un peu tuméfiée, la peau présente une solution de continuité irrégulièrement ovalaire, dont le grand diamètre est dirigé de haut en bas et de dedans en dehors, et dans l'intervalle de laquelle on remarque : 1° dans sa moitié inférieure et interne un mamelon d'une couleur rouge vermeille couverte d'une membrane muqueuse, s'élevant au-dessus du niveau de la plaie de plus de trois pouces; à son sommet, au milieu de plusieurs plis formés par la muqueuse, existe une ouverture de quelques lignes de diamètre. Un stylet introduit dans cette ouverture y pénètre assez profondément, elle ne donne issue à aucune matière fécale. Sa base est adhérente au contour de la perte de substance faite à la peau et semble comme étranglée. A cet endroit existe un enfoncement circulaire revêtu d'une matière blanche; ses parois sont endurcies et comme squirrheuses, son sommet est sans cesse exposé aux froissements des vêtements. Il est impossible de le faire rentrer complétement; et lorsqu'on y parvient, il se réduit en masse et sort aussitôt que l'on cesse la compression ; 2° dans sa moitié supérieure et externe lorsque le malade est dans la position horizontale et qu'il ne fait aucun effort, on voit un cercle formé par une membrane muqueuse rouge comme celle qui tapisse la tumeur placée à l'angle interne. Le diamètre de cette ouverture est d'environ un pouce. Le doigt s'introduit avec facilité au centre de ce cercle et parvient dans un canal facilement dilatable qui se porte en haut et un peu en dedans, c'est par cette ouverture que s'écoulent les matières fécales, semi-liquides d'un jaune verdâtre.

Aussitôt que le malade marche, fait de l'exercice ou exécute quelque mouvement, il se fait une longue invagination de six à huit pouces du bout supérieur. On le voit alors sortir peu à peu, s'allonger en se courbant sur lui-même en arc de cercle de manière à former un double canal renfermé l'un dans l'autre. Le bout d'intestin peut acquérir la longueur d'un pied sur deux à trois pouces de large ; lorsqu'il est ainsi au-dehors, le malade éprouve des coliques, un sentiment de malaise général, et, en faisant rentrer l'intestin soit par une

position horizontale, soit en le comprimant légèrement entre les doigts, il fait cesser les accidents. Toute la membrane muqueuse, lorsque l'intestin est ainsi invaginé, est d'une belle couleur rouge vermeille, d'un aspect vultueux ; il est possible de la saisir et de la presser entre les doigts sans que le malade en éprouve de la douleur; de toute la surface il s'écoule une humeur séreuse, incolore, qui, mêlée aux matières fécales, se répand sur la cuisse quelle enflamme et excorie. Les contractions de l'intestin sont lentes, successives, vermiculaires; lorsqu'il est sorti le plus possible, il représente un cône dont la base est à l'ouverture de la peau et le sommet au bout de l'intestin.

Quand le malade tousse, on voit la tumeur interne se soulever, la bourse, de ce côté, se remplir, le testicule est alors repoussé en devant. Il est facile de reconnaître qu'une nouvelle hernie se forme derrière l'anus contre nature.

Les tentatives faites pour désinvaginer le bout inférieur ayant été inutiles, et l'ouverture ainsi que le calibre de l'intestin étant fort étroits, on introduit des mèches d'un volume successivement croissant. Les mouvements du malade font disparaître deux mèches qui s'enfoncent dans la cavité.

Le 20 juillet, sixième jour de leur usage, le doigt est poussé à leur recherche dans la cavité dilatée.

Le 21 juillet, septième jour de l'emploi de ce moyen, on s'aperçoit que l'ulcération existant au pédicule de la tumeur donne passage à la mèche. Un peu de douleur et de gonflement existent à la tumeur et s'étendent dans les bourses. Le lendemain, ces accidents ont disparu.

L'ulcération fait, chaque jour, de nouveaux progrès, on renonce aux mèches.

Le 30 juillet, un nouveau renversement a encore lieu par l'ouverture produite de l'ulcération qui détruit la base de la tumeur. Cette nouvelle invagination est une raison de plus pour empêcher ces parties de rentrer. M. Dupuytren se propose d'appliquer sur ce bout inférieur son entérotome afin de le retrancher. En faisant cette résection avec des ciseaux, on aurait pu détruire les adhérences et donner lieu

à des accidents mortels ; mais en coupant ainsi l'intestin avec des pinces, ne peut-on pas craindre l'oblitération de son calibre? Non, car les surfaces muqueuses ne se réunissent pas, ou du moins, très difficilement. Trois indications se trouvent à remplir chez ce malade : 1° retrancher le bout inférieur offrant une double invagination et devenu irréductible; 2° couper la cloison formée par l'adossement des deux bouts d'intestin ; 3° rapprocher les bords de l'ouverture extérieure pour en obtenir la cicatrisation.

Le 31 juillet au soir, dix-huitième jour écoulé depuis l'entrée du malade, dix-septième jour de l'emploi des mèches, M. Dupuytren se détermine à enlever toute la portion du bout inférieur qui, par sa double invagination et son état squirrheux, faisait une saillie irréductible ; il comprend toute la portion excédante à la peau entre les branches de l'entérotome.

La première heure à partir de l'application est très douloureuse, le malade éprouve des douleurs qui, partant de l'intestin, se répandent dans tout l'abdomen ; un sentiment de malaise général se fait sentir, tout son corps se couvre de sueur, il n'a pas de hoquets ni d'envies de vomir, ni de vomissements. Pendant la nuit, les douleurs diminuent, de légères coliques se font sentir par intervalle, il dort peu, mais il attribue plutôt son insomnie au bruit non interrompu des voitures qu'aux très légères douleurs qu'il éprouve.

Le 1er août, premier jour de l'application des pinces, de temps en temps coliques légères, pas de douleur à l'abdomen, la face est un peu colorée ; du reste, il se trouve bien et a de l'appétit. La portion la plus récemment invaginée est déjà d'une couleur livide, l'autre partie commence à se colorer d'un brun foncé, les parties répandent une odeur gangréneuse. M. Dupuytren serre encore les pinces, le malade, par les douleurs qu'il ressent, l'avertit de ne pas augmenter la constriction.

Le 2 août, le malade est très bien, il n'éprouve pas les moindres douleurs dans l'abdomen, qui lui-même n'est pas sensible à la pression ; il a de l'appétit, pas de fièvre.

Le 4 août, toute la portion d'intestin située au-devant des pinces est flétrie, elle offre une couleur noire, son volume est beaucoup diminué, elle n'est pas encore tombée.

Le 5 août, cinquième jour, pas le moindre accident, pas de douleurs à l'abdomen, pas le moindre symptôme qui puisse indiquer une entérite ou une péritonite. Le malade demande qu'on le débarrasse du foyer d'infection que répand autour de lui le bout d'intestin frappé de mort. M. Dupuytren coupe tout ce qui se trouve situé au-devant de la pince; pas d'écoulement de sang, pas de douleurs. Le bout d'intestin retranché avait trois pouces de longueur, mais il était invaginé, et par conséquent offrait une longueur double. Ce qui se trouve entre les branches de la pince tient encore à la vie générale; reste à savoir si les membranes muqueuses auront persisté et entretenu le canal de l'intestin, ou si, moins rebelles, elles auront contracté des adhérences; alors l'anus contre nature deviendrait incurable, à moins que l'on ne puisse encore pénétrer dans l'intérieur de l'intestin et entretenir sa cavité. Pour prévenir cet inconvénient, M. Dupuytren se propose d'introduire dans le calibre du bout inférieur un cylindre, et de couper dessus ce cylindre avec une ligature le bout d'intestin qui excédait.

Le 7 août, septième jour, M. Dupuytren retire les pinces qui seraient bientôt tombées d'elles-mêmes, toutes les parties qu'elles embrassaient étant séparées de la vie générale par la suppuration qui s'était établie. A la place du bout d'intestin qui faisait saillie, on remarque une plaie inégale de niveau avec les téguments, et au centre de laquelle on voit s'ouvrir l'orifice de l'intestin rétréci, d'où s'écoule un fluide grisâtre, et dans la cavité duquel on peut introduire une sonde de femme; elle pénètre assez profondément.

La crainte de l'oblitération du bout inférieur est donc dissipée. La pince, qui n'agit sur les membranes séreuses qu'en faisant marcher au-devant de la gangrène une inflammation adhésive, n'agit pas de la même manière sur les muqueuses; malgré leur contact elles ne s'unissent jamais.

Quelle ne sera donc pas la difficulté pour fermer l'ouver-

ture extérieure qui livre passage aux matières fécales, lorsque la première indication sera remplie, c'est-à-dire la destruction de la cloison formée par l'adossement des deux bouts d'intestin!

On serait porté à croire que, la première indication remplie, la seconde devrait en être le résultat certain, mais l'expérience prouve que les choses ne se passent pas toujours ainsi.

Les parties tuméfiées dans le voisinage de la section par le fait de l'inflammation ont repris leur volume ordinaire. Une sonde est introduite dans le bout inférieur; le canal en étant rétréci elle ne pénètre qu'à un pouce. Des bourdonnets de charpie sont mis en usage pendant quelques jours pour dilater le bout inférieur, le doigt s'y enfonce ensuite avec facilité en se contournant avec l'intestin au-devant et en bas vers les bourses.

La santé du malade continue à être toujours bonne, et son choix détermine l'époque où le deuxième temps de la première indication devra être rempli.

Le 15 août, quinzième jour de l'application des pinces, et le huitième de leur chute, le malade a un dégoût invincible pour les aliments; il éprouve quelques nausées, il demande et obtient la permission d'aller voir un de ses parents dans la ville, et rentre le même jour.

Le 17 au soir, la figure du malade paraît décomposée; elle exprime une profonde douleur et un abattement assez grand; elle offre une couleur jaune plombée, les yeux sont cernés, l'abdomen est rétracté, douloureux à la pression dans presque toute son étendue; il n'est pas dur. L'inspiration est courte et douloureuse, la peau n'a pas sa chaleur naturelle; elle est plus froide, le pouls est fréquent, déprimé, plusieurs évacuations de matières liquides blanchâtres semblables à du blanc d'œuf ont eu lieu par l'anus. La langue est légèrement couverte d'un enduit blanchâtre; elle est un peu sèche, pas de soif ni d'appétit. (Quarante-cinq sangsues sont appliquées sur l'abdomen, des lavements émollients et de l'eau de gomme sont prescrits.)

A minuit, les symptômes n'ayant rien perdu de leur intensité, le chirurgien de garde fait une nouvelle application de quinze sangsues.

Le 18 août au matin, la douleur abdominale est un peu diminuée, le bout supérieur invaginé long de sept à huit pouces n'a pas pu rentrer comme à l'ordinaire par la position horizontale ni par les pressions exercées par le malade. M. Dupuytren le fait rentrer au moyen de légères pressions exercées à l'aide d'un linge enduit de cérat; pas un atome de matières fécales ne s'est écoulé depuis hier; les urines sont suspendues. On conduit le malade au bain, dans lequel il urine et reste environ une demi-heure. Ce bain le soulage, et pendant qu'il y est, plusieurs fois des hoquets le tourmentent. (Quarante sangsues sont de nouveau appliquées sur l'abdomen, un large cataplasme émollient recouvre et le ventre et l'anus contre nature.

Sur les cinq heures du soir, il éprouve un frisson, la respiration est fréquente et douloureuse, le pouls est plus petit et plus fréquent, la peau est chaude, le corps est couvert de sueur, les joues sont colorées, la langue est blanche, sèche et rugueuse; la soif vive, la fréquence des nausées augmente-t-elle, les douleurs abdominales deviennent plus considérables; les environs de l'anus contre nature ainsi que la bourse correspondante sont tuméfiés.

Quelques cuillerées de tisane ont suffi pour produire des efforts de vomissement qui ont chassé au-dehors le bout supérieur, je le fais rentrer; la constipation est toujours opiniâtre. On conduit de nouveau le malade au bain; des idées tristes viennent l'assiéger, il voit la mort et pense à sa femme et à ses enfants. (Application de quarante sangsues au fondement, vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds, injections émollientes dans le bout supérieur.)

Le 19, on ne sent plus les battements de l'artère radiale, la respiration est fréquente et précipitée, la voix est éteinte, les extrémités sont froides, le ventre est tuméfié et douloureux, surtout à la région épigastrique, et principalement le long du colon ascendant. Les yeux sont enfoncés dans les

orbites, les pupilles sont dilatées, la constipation persiste; trente injections émollientes ont été faites pendant la nuit par le chirurgien de garde, elles ont été rendues aussitôt. (Quarante sangsues sont appliquées sur l'épigastre; les vésicatoires aux jambes ayant peu pris sont renouvelés; de nouveaux sinapismes sont mis sur le cou-de-pied : ces moyens, s'ils ont le pouvoir de rappeler la chaleur vers ces parties, seront suivis d'une nouvelle application de sangsues. Du bouillon de veau aux herbes est donné, il n'en boit qu'un verre.)

A neuf heures du matin, yeux ternes, pupilles immobiles, pouls insensible; tout le corps est froid, la mâchoire inférieure éprouve des mouvements convulsifs qui la rapprochent avec force de la supérieure, et la mort met fin à ces symptômes effrayants à neuf heures et demie.

Autopsie. — Tout le péritoine est baigné par du pus d'un gris mêlé de quelques nuances violettes. Cette cavité en contient 0.75. Sur les intestins et en particulier sur leur convexité, ce pus est épaissi, violacé, il est un peu plus jaunâtre et moins transparent sur le reste de leur étendue.

Le lambeau des parois de l'abdomen ayant été renversé, on voit se diriger vers l'anneau deux portions d'intestin unies par un prolongement du mésentère tendu et tiraillé, et dont la largeur d'un pouce environ près de l'ouverture qui communique au-dehors de l'abdomen augmente dans une proportion très grande et qui dépend de l'angle que forment entre eux les deux bouts d'intestin en se reportant vers la colonne vertébrale. Le bout d'intestin placé à l'angle interne se porte d'abord en dedans, descend vers le bassin et se recourbe en dehors, passant en arrière du prolongement mésentérique qui se rend à la plaie et du bout supérieur pour aller s'insérer après quelques pouces au cœcum. Le bout placé en dehors remonte vers la fosse illiaque, et se reportant en dedans et au-devant du bout inférieur en croise la direction, et va, après avoir fait un grand nombre de circonvolutions, dans le petit bassin et dans l'abdomen se continuer avec le duodénum.

Une grande différence de capacité se fait remarquer entre ces deux bouts; celui placé en dehors offre au moins une dilatation double de celui placé en dedans et d'un tiers plus considérable qu'on ne le voit ordinairement. Ces deux portions d'intestin ainsi unies par le mésentère s'enfoncent dans une cavité circulaire qui se prolonge dans l'épaisseur des parois abdominales à un pouce environ de la perte de substance faite aux téguments.

La partie la plus profonde de cet enfoncement est formée par le renversement de chaque bout, dont les tuniques adhèrent au contour de l'ouverture des téguments par une couche fibreuse fort dense et fort épaisse.

Le péritoine tapissant tout ce prolongement descend de telle sorte qu'il n'y a dans la partie de surface étendue du bord de la peau à l'orifice de chaque bout que l'épaisseur des parois intestinales qui sépare l'extérieur de la plaie de l'intérieur de l'abdomen.

En dedans et un peu au-dessous du point où le bout inférieur faisait à la peau une saillie, un prolongement du péritoine descend jusque derrière le testicule, croisé en arrière et de dedans au dehors par les vaisseaux spermatiques légèrement écartés, qui, après avoir contourné le fond de la cavité, se rendent au testicule. Aucune cavité séreuse n est contenue dans la bourse, mais une couche fibreuse épaisse de plus d'une ligne recouvre le testicule. Est-ce le résultat de l'oblitération de la tunique ou la hernie est-elle congénitale? C'est dans cette cavité que se rendait le bout inférieur lorsque le doigt introduit dans sa cavité se recourbait en bas, en devant et en dedans.

La membrane interne, parfaitement semblable à celle qui tapisse tout le canal intestinal, est d'abord légèrement rouge dans la portion d'intestin qui correspond à l'estomac, à partir de trois pouces au-dessus de l'ouverture, puis noire grisâtre, et recouverte d'une couche de suppuration dans la longueur d'un pouce au bout inférieur depuis son insertion à la plaie. Là la muqueuse est épaissie, elle a plus d'une ligne. Cette portion se détache facilement.

Tous les autres organes sont sains (1).

Cette observation n'est pas moins intéressante que les précédentes sous le rapport des lésions anatomiques ; comme dans une foule de cas analogues, l'anus contre nature fut le résultat de tentatives timides prolongées outre mesure, tandis qu'une opération pratiquée à temps eût probablement sauvé les jours du malade. Mais ce qui mérite surtout notre attention, c'est l'application de l'entérotome pour retrancher la portion du bout inférieur qui offrait une double invagination et était devenu irréductible. Les motifs qui avaient engagé M. Dupuytren à recourir à cet usage de son instrument étaient fondés sur la structure anatomique des parties. Il est réellement fâcheux qu'une péritonite survenue le quatorzième jour de l'opération, et le trentième depuis la chute de l'entérotome, soit venue détruire les espérances qu'on avait justement conçues.

Obs. IX. — *Anus contre nature. — Accidents déterminés par la guérison trop rapide de la plaie.— Entéro-péritonite suraiguë. — Mort.— Autopsie.* — Le nommé Godard, bijoutier, âgé de quarante ans, entra à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de septembre 1826 pour une hernie inguinale du côté droit qui était étranglée depuis deux jours. On essaya en vain le taxis, les sangsues, les bains et les cataplasmes ; il fallut en venir à l'opération, qui ne fut acceptée par le malade que trente-six heures après son entrée ; ce qui faisait en tout un étranglement d'environ quatre jours.

L'opération fut enfin pratiquée. On trouva que la hernie était vaginale, c'est-à-dire en contact avec le testicule ; l'intestin qui la formait était noir et tellement près d'être gangrené, qu'on ne jugea pas prudent de le réduire. On l'incisa sur son bord convexe, après avoir préalablement débridé l'anneau et le collet du sac, et avoir passé quelques fils cirés à travers le mésentère pour empêcher l'intestin de rentrer. Un anus artificiel fut établi, et des matières bilieuses et des détritus alimentaires passèrent aussitôt par cette ouverture.

(1) Observation recueillie par M. Marx.

Pendant les premiers jours, il n'y eut aucun accident notable. L'usage d'une canule dans le bout supérieur fut nécessaire pour diriger les matières au dehors. Rien ne sortait par l'anus. Au bout de huit jours, les adhérences de l'intestin avec l'anneau paraissaient solides. Toute la portion de l'anse intestinale placée au-dehors de l'anneau fut frappée de gangrène et se détacha ; les deux bouts de l'intestin, fort rapprochés l'un de l'autre, restèrent à la surface de la plaie ; le bout supérieur, moins visible que l'inférieur, était placé en dehors et en haut de l'anneau. La sonde y pénétrait avec assez de facilité, et donnait issue à des matières excrémentitielles.

Le bout inférieur, qui se reconnaissait à la présence d'un bourrelet fongueux, était situé au-dessous du supérieur, mais plus en dedans ; sa direction, qu'on reconnaissait avec la sonde, était à peu près la même que celle du bout supérieur ; ils paraissaient adossés l'un contre l'autre et n'être séparés que par un diaphragme peu épais : cette circonstance était très défavorable à la guérison spontanée de l'anus artificiel, car les deux orifices ne se correspondaient nullement; mais il eût été facile, d'après cette disposition, de couper l'éperon et de guérir cette maladie. Avant de rien entreprendre, on laissa se déterger et se cicatriser la plaie.

Quand le malade fut transporté de la salle Sainte-Agnès à la salle Sainte-Marthe, on cessa tout appareil de pansement; il était enveloppé d'alèzes, qu'on avait soin de renouveler tout aussitôt qu'elles étaient gâtées par les matières stercorales ; par ce moyen, on diminuait les causes d'irritation que détermine la présence d'un appareil qui retient les matières à la surface de la plaie. Par ce mode de traitement, la plaie marcha vite à la cicatrisation. Cette guérison si prompte faisait craindre à M. Dupuytren des accidents semblables à ceux d'un nouvel étranglement, et qui arrivent presque toujours lorsqu'un anus contre nature se guérit trop vite, surtout lorsqu'il ne passe aucunes matières dans le bout inférieur ; c'est ce qui avait lieu dans ce cas-ci, et la prévision ne tarda pas à se réaliser. La cicatrice de la plaie était presque achevée; le testicule qui avait été mis à

nu dans l'opération était tombé en gangrène; le malade reprenait de l'embonpoint, ce qui indiquait que l'anus n'était pas situé très haut sur l'intestin grêle; en un mot, tout allait bien sous le rapport des suites de l'opération; mais il n'en était pas de même de l'anus contre nature. Aucunes matières stercorales n'étaient rejetées par l'ouverture naturelle, si ce n'est quelques matières endurcies fort anciennes; l'anus artificiel se resserrait, et les matières s'échappaient avec plus de difficulté; cette difficulté augmenta au point qu'il fallut placer une mèche, puis une canule dans le bout supérieur. La tension du ventre, les nausées et les vomissements que l'arrêt des évacuations avait déterminés cessèrent quand le bout supérieur fut dilaté. Ces accidents se renouvelèrent de nouveau quand on eut cessé l'usage de la dilatation, et forcèrent à y revenir. Tout était rentré dans l'ordre, lorsque, vers le 5 décembre, le malade, après avoir fait usage d'aliments de difficile digestion, et en plus grande quantité que ne le comportait son état, fut pris de coliques, de nausées, de vomissements de matières bilieuses et chymeuses, ainsi que de tension au ventre avec douleur à la pression. Dès cet instant, toute évacuation par l'anus artificiel cessa et ne put être rétablie. On supprima les aliments, on administra des bains, des lavements et des laxatifs par la bouche, rien ne put rétablir les évacuations; la sonde elle-même, qui pénétrait avec assez de facilité, n'amenait rien. Cet état dura trois jours, depuis le 6 décembre jusqu'au 9. A cette époque, la figure s'altéra, le pouls devint petit, fréquent. Le 11 au soir, les accidents prennent une plus grande intensité. Les vomissements continuent, le ballonnement du ventre est extrême; la respiration se fait avec grande peine; les extrémités se refroidissent; tout le corps se couvre de sueur, et la mort arrive vers deux heures du matin.

On pouvait supposer plusieurs causes à cette mort rapide:

1° Il pouvait exister une péritonite latente qui, par des causes inconnues, aurait passé à l'état suraigu.

2° Il pouvait s'être fait une déchirure à l'intestin par suite de l'introduction de la sonde, et un épanchement dans le péritoine.

3° L'intestin pouvait s'être décollé de l'anneau, et l'épanchement s'être fait et dans le péritoine et dans le tisu cellulaire.

4° Il pouvait encore arriver qu'il se fût produit un volvulus à la suite du mouvement désordonné de l'intestin grêle, déterminé par l'obstacle au cours des matières.

L'autopsie, faite trente heures après la mort, fit découvrir les choses suivantes : la paroi de l'abdomen étant renversée de haut en bas, on trouve des adhérences récentes qui l'unissent aux intestins ; toutes les circonvolutions intestinales sont également réunies par des fausses membranes faciles à déchirer. La dilatation du bout supérieur de cet intestin est elle, qu'on le prendrait pour un gros intestin. Le bout inerieur a un calibre ordinaire. L'intestin dilaté est injecté à sa surface, comme dans une péritonite très intense ; il aboutit à l'anneau inguinal, où il se termine en se rétrécissant brusquement ; on n'y remarque ni perforation ni décollement ; mais il offre dans cinq à six pouces, à partir de l'anneau, une teinte noire, qui est bien évidemment de nature gangréneuse. Il est adossé à angle aigu au bout inférieur, qui est béant à la surface de la plaie ; il ne participe pas à la maladie du bout supérieur. Le mésentère, interposé entre les deux bouts de l'intestin, n'est plus apparent à un pouce de leurs extrémités. Ces deux extrémités sont contiguës. Le bout inférieur est en dessous et se dirige un peu en dehors ; le bout supérieur, en avant et en dedans, se dirige un peu en dehors, de manière qu'ils s'entrecroisent légèrement. L'épiploon forme, à droite et en arrière de l'intestin grêle, sur la partie latérale de la colonne vertébrale, une corde étendue de l'estomac et du colon transverse à l'anneau inguinal, où il adhère en arrière des bouts de l'intestin ; cette bride devait tirailler l'estomac, qui est très contracté, et comprimer le colon, qui a lui-même un calibre fort petit. On trouve de la sérosité rougeâtre et floconneuse dans le péritoine. Les autres organes sont sains (1).

(1) Observation recueillie par M. Huguier.

Les craintes que l'on avait en voyant l'anus se rétrécir si rapidement se sont réalisées ; c'est à cette cause qu'est due l'invasion des accidents ; l'usage continuel de la sonde a pu déterminer l'entérite gangréneuse à laquelle a succombé le malade ; la péritonite, qui était surtout évidente sur l'intestin dilaté, peut avoir été occasionnée par le contact de la partie de l'intestin gangrené, ou par la dilatation outre mesure que causaient les gaz.

L'observation suivante contient une foule de détails qu'un lecteur superficiel jugera peut-être inutiles, mais nous avons pensé que les praticiens aimeraient à suivre la marche d'une maladie grave, afin d'en étudier les différentes phases, et d'apprécier l'action des agents thérapeutiques. Ce besoin, nous l'avons plus d'une fois senti ; aussi avons-nous adopté pour règle de donner des observations étendues toutes les fois que l'intérêt du sujet nous a paru l'exiger.

Obs. X. — *Hernie crurale opérée après cinq jours d'étranglement. — Gangrène de l'intestin ; établissement d'un anus contre nature ; fausse couche ; fièvre adynamique rémittente. — Mort deux mois et demi après l'opération. — Autopsie, et description de l'anus contre nature.* — La nommée Décosse, âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution délicate, mère de six enfants, et enceinte de deux mois environ, portait depuis deux ans une hernie crurale droite, qu'elle ne maintint par un bandage que dix mois après son apparition. Depuis le moment où elle avait pris cette précaution, sa hernie ne lui avait causé aucun accident ; mais le 17 septembre 1816, au matin, ayant vomi avec beaucoup d'efforts tout son déjeuner, comme cela lui arrivait tous les jours depuis qu'elle était enceinte, elle sentit sa hernie sortir par dessous son bandage qui était alors peu serré ; elle éprouva dès ce moment de vives douleurs, puis des coliques, une sueur froide générale, et une défaillance ; revenue à elle-même, elle continua d'éprouver des coliques, des hoquets, des rapports, des nausées, et enfin des vomissements fréquents ; elle ne rendit par bas ni vents ni matières. Les symptômes d'étranglement continuèrent les 18, 19, 20 et 21

septembre. Pendant ce temps, on employa des bains, des lavements et des cataplasmes; on fit beaucoup de tentatives pour réduire la hernie, mais toutes furent inutiles et très nuisibles, comme on le verra plus bas. La malade se fit transporter à l'Hôtel-Dieu le 21 septembre au soir; elle avait au-dessous de l'arcade crurale droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, douloureuse, irréductible, recouverte par une peau déjà enflammée; les symptômes d'étranglement continuaient; on la porta au bain, les accidents persistèrent; le ventre était souple, mais douloureux. L'opération fut pratiquée de suite et de la manière suivante :

Une incision cruciale fut faite à la peau, et le tissu cellulaire divisé lames par lames; on arriva bientôt au sac herniaire; une ponction y fut faite et il en sortit un jet de sérosité sanguinolente; on le coupa crucialement, et alors parut une anse considérable d'intestin d'un rouge brun; de la sérosité noirâtre sortit encore. Cette exhalation et la couleur violette de l'intestin étaient bien la preuve que l'étranglement était ancien, et surtout que l'on avait meurtri et contus l'intestin par les tentatives répétées que l'on avait faites pour réduire la hernie. Le débridement ayant été fait en haut directement, on tira légèrement sur l'intestin pour l'amener au-dehors et juger de son état; le collet fut jugé sain, mais la partie antérieure de l'anse parut suspecte, car elle était noire, tachetée et comme crevassée; en la soulevant pour l'examiner en dehors et en arrière, nous vîmes sortir du sang mêlé à un fluide blanc et puriforme; cet accident fut attribué à une rupture de l'intestin, ou tout au moins à un abcès; on tira l'intestin, on écarta l'épiploon qui se trouvait au-devant, et nous vîmes alors en effet une crevasse; elle avait lieu au collet lui-même, lequel offrait une sorte de rayon ou rainure blanche, couleur de pus concret, assez profonde, et prête à se rompre dans le reste de son étendue; au-devant du collet se voyait aussi une escarre grisâtre de la largeur d'un liard, située en dehors et en arrière de l'anse. Une sonde de femme fut introduite dans l'ouverture de l'intestin, et donna issue à beaucoup de matières fécales, de sang et de gaz.

La rupture de l'intestin gangrené offrait l'indication précise de le retenir au-dehors, car, sans cette précaution, un épanchement funeste pouvait se faire dans le bas-ventre; on dut aussi augmenter le débridement, car le premier fait eût été insuffisant, l'intestin retenu au-dehors devant se tuméfier, et devenir dans cet état un nouvel obstacle au cours des matières. Pour mettre plus en évidence la destruction de l'intestin, on porta l'anse de dehors en dedans, de manière que ce qui était externe et un peu postérieur, devint interne et antérieur. On verra plus tard que le bout supérieur de l'intestin était dans le principe au-dehors, et qu'il fut porté en dedans, et cependant l'autopsie ne montra aucune torsion, les bouts étaient dans un rapport si naturel, qu'il semblait qu'on n'avait pas touché à l'anse intestinale. On maintint donc l'intestin au-dehors au moyen d'un fil ciré, large et aplati, dont le milieu traversait le mésentère, et dont les extrémités furent fixées en les entortillant autour d'épingles tenant à une bande attachée à la cuisse. De cette manière on retint au-dehors l'ouverture ainsi que l'anse malade, ce qui était indispensable, car, pour guérir cette femme, il fallait établir momentanément un anus contre nature. On mit sur ces parties un linge troué enduit de cérat, de la charpie, des compresses et un bandage triangulaire. On prescrivit du petit-lait, et des fomentations émollientes sur le bas-ventre.

La malade passa une mauvaise nuit; elle eut de l'agitation et beaucoup de coliques, ainsi que des rapports, mais point de vomissements; il ne s'écoula que très peu de matières.

Le premier jour, au matin, la figure est rouge et exprime l'anxiété et la douleur; les coliques sont fortes; on dépanse la malade; l'intestin est d'un rouge vif; il est très gonflé; peu de matières se sont écoulées; à l'aide du bistouri on agrandit un peu l'ouverture de l'intestin, une sonde de femme y est introduite, à la vérité avec un peu de difficulté, et par ce moyen on donne issue à beaucoup de matières fécales. La présence de la sonde causa quelques coliques qui

accélérèrent l'issue des matières dont on remplit trois petits bassins ; ces évacuations assouplirent beaucoup le ventre; on mit une sonde de gomme élastique à demeure dans la plaie et on repansa mollement. Pendant la journée, Décosse rendit encore près de trois petits bassins de matières par la sonde; le soir la face était animée, le pouls fébrile, point de hoquets ni de vomissements, mais beaucoup de nausées que nous attribuâmes à sa grossesse, attendu que depuis qu'elle était enceinte elle en éprouvait continuellement. Le soir on la dépansa, et on fit sortir des matières; la sonde s'introduisait difficilement, et cependant le doigt graissé passait l'arcade et pénétrait fort avant dans l'intestin sans éprouver d'obstacle; on coupa le fil passé dans le mésentère, car, outre qu'il comprimait l'intestin, il était devenu inutile à raison d'une inflammation adhésive qui s'était développée et unissait l'intestin à la peau. La nuit fut meilleure que la précédente; la malade reposa un peu; trois bassins de matières furent rendus.

Le deuxième jour, au matin, peu de coliques, écoulement abondant de matières; dans la journée elles coulèrent par flots entre l'ouverture et la sonde. Le soir le pouls fut d'une grande faiblesse, petit et fréquent; on donna à la malade du vin sucré, du bouillon, de la camomille vineuse: elle reposa une partie de la nuit.

Le troisième jour, au matin, la figure est mieux, le pouls un peu relevé, l'œil bon; l'ouverture de l'intestin est agrandie; la rainure du collet est plus profonde, et prête à se rompre: la journée et la nuit sont bonnes.

Le quatrième et le cinquième jours, elle a de la fièvre, des nausées, de l'oppression et des coliques; on continue à laisser la sonde, les matières s'écoulent librement. L'infusion de tilleul-orange, la limonade, les fomentations sur le ventre sont les moyens employés.

Le sixième jour, la fièvre prend le caractère adynamique; la langue est noire et sèche, le pouls faible et lent, les forces prostrées. Aux moyens précédents on ajoute de l'eau vineuse.

Le septième jour, continuation des symptômes adynamiques; des douleurs plus fortes se font sentir au ventre, à l'hypogastre et aux reins, ce qui fait craindre qu'elle n'ait une fausse couche; en effet pendant la nuit elle a par le vagin un écoulement glaireux et sanguinolent; elle rend aussi plusieurs caillots.

Les huitième, neuvième, dixième et onzième jours, l'écoulement sanguin, et la sortie des caillots continuent, de sorte que la fausse couche a lieu, comme nous en donnerons la preuve plus tard; les nausées qui obsédaient la malade cessent; mais la fièvre adynamique persiste; elle a tous les soirs des redoublements violents : on donne à la malade par jour deux lavements faits avec la décoction d'une once de quinquina dans deux livres d'eau et addition d'un gros de camphre. Elle prend du bouillon avec des crèmes de riz, du vin sucré, de la limonade vineuse. Le onzième jour, on lui prescrit, à prendre par la bouche, une décoction d'une demi-once de quinquina édulcorée; ces moyens calment la fièvre et relèvent les forces.

Le douzième jour, elle n'eut point de fièvre; elle digérait bien les bouillons et les potages; les matières coulaient parfaitement; l'ouverture de l'intestin était beaucoup agrandie, car la partie antérieure et interne de l'anse était tombée; la partie postérieure tenant au mésentère était saine et entière; la partie externe plus longue était d'un rouge pâle et demi affaissée; déjà on distinguait les orifices des deux bouts, l'un situé au-dessus et en dedans appartenait au bout supérieur; l'autre situé en dehors indiquait le bout inférieur; entre eux se voyait une saillie ou éperon formée par la portion de l'anse tenant au mésentère, et formant un angle très aigu auquel aboutissaient les deux bouts adossés l'un à l'autre; la sortie des matières par l'orifice interne seulement prouvait évidemment que c'était là le bout supérieur; les matières ne pouvaient passer par l'inférieur, car le long éperon dont nous avons parlé s'y opposait; la malade ne laissait aller par le rectum ni vents ni matières; les lavements de quinquina eux-mêmes ne furent pas rendus, et on profita de cette disposi-

tion pour continuer à faire absorber une substance aussi tonique à la malade qui en avait grand besoin, et dont l'estomac faible et extrêmement irritable ne permettait pas qu'on lui en administrât autant par la bouche. Malgré la continuation de ces moyens, la malade eut ce jour-là deux frissons et une fièvre très forte.

Le treizième jour, la figure était étonnée, la tête douloureuse; le soir on appliqua des sinapismes aux pieds; la nuit fut assez bonne.

Le quatorzième jour, point de fièvre. En examinant la plaie, nous nous aperçûmes que des matières de même nature coulaient en même temps par le bout supérieur, et par une petite ouverture circulaire située au-dessus du bout inférieur, c'est-à-dire en dehors; aucunes matières ne sortaient par l'orifice du bout inférieur; la peau qui adhérait intimement à chacun de ces bouts, était décollée à l'endroit de l'ouverture extérieure. Soit que la malade éprouvât une colique, ou que l'on pressât sur l'abdomen, on voyait sortir des matières par cette ouverture, et au-dessous de l'arcade crurale; leur identité prouvait déjà que cette ouverture ne communiquait qu'avec le bout supérieur; on s'en convainquit en introduisant une sonde dans le bout supérieur, et une dans l'ouverture en question, et elles se rencontrèrent; une troisième fut placée dans le bout inférieur, elle ne toucha ni l'une ni l'autre des deux premières.

Il fut dès lors facile de concevoir que le bout inférieur n'était point percé, et ne communiquait point avec le supérieur: nous en conclûmes aussi qu'il existait une sorte de canal, situé au-devant du mésentère, qu'il avait contracté des adhérences avec la paroi antérieure du bas-ventre, et que ce canal partait du point le plus postérieur de la destruction du bout supérieur, passait au-devant et au-dessus du bout inférieur, et se terminait à l'ouverture dont nous avons fait mention.

Du quatorzième au vingt-huitième jour, l'état de la malade présenta des variations à l'infini: la fièvre reprit, et eut lieu tous les jours, tantôt faible, tantôt forte; ayant

pendant plusieurs jours le soir des redoublements marqués par un frisson, d'autres fois sans frisson. Elle fut pendant quelques jours continue, puis rémittente; jamais fièvre ne fut aussi irrégulière. Dès le quinzième jour, on administra le quinquina en poudre à la dose d'un gros à prendre dans du vin; le seizième, on en donna deux gros, et de plus une infusion de sauge dans l'intention de modérer les sueurs abondantes que la malade éprouvait la nuit. Malgré le quinquina la fièvre continua; seulement le frisson recula d'abord, diminua d'intensité, puis cessa d'avoir lieu à chaque redoublement léger qui avait lieu le soir. Pendant ce temps tout allait bien du côté de l'anus contre nature; les matières sortaient moulées et parfaitement digérées; les environs de la peau d'une couleur rouge et comme érysipélateuse causaient peu de douleur; la malade était nettoyée très souvent; on lavait avec de l'eau blanchie d'extrait de saturne; on graissait légèrement les environs du nouvel anus; le sacrum était garni d'un emplâtre de diachylon gommé; l'ouverture située au-dessus et au-dehors du bout inférieur se ferma peu à peu; le bout supérieur formait une sorte de godet fort enfoncé; le bout inférieur, au contraire, formait une saillie considérable, et sa muqueuse renversée formait un gros bourrelet rougeâtre.

Du vingt-huitième au cinquantième jour, la fièvre continua, et fut tout aussi irrégulière; tantôt continue, tantôt rémittente, d'autres fois intermittente, et cessant pendant plusieurs jours, pour revenir ensuite avec plus de violence; les forces et l'appétit, qui s'étaient bien soutenues d'abord, diminuèrent insensiblement; la malade était pâle et maigrissait à vue d'œil; à cette époque on fut forcé d'ajouter dans la salle Saint-Jean un troisième rang de lits à rideaux, ce qui causa un encombrement de malades, un obstacle à la libre circulation de l'air, et une insalubrité qui furent très nuisibles. La dose de quinquina en substance, et la décoction du même médicament paraissant insuffisantes, on en prescrivit ʒ iij en poudre; mais la malade ne put le prendre; une répugnance invincible s'y opposa; à peine une petite prise

était-elle dans l'estomac qu'elle faisait vomir; elle ne put supporter non plus une tisane de valériane ; on suspendit l'une et l'autre ; la fièvre n'augmenta pas, et elle continua à être aussi anormale.

Le cinquante-unième jour, la malade se plaignit d'éprouver de la douleur à la fosse iliaque gauche, laquelle augmentait par la pression ; en la palpant on sentait une série d'engorgements inégaux, placés comme en chapelet les uns à la suite des autres, dans la direction de l'S du colon : M. Dupuytren pensa d'abord qu'ils étaient formés par des matières fécales amassées dans le gros intestin, jointes au marc des lavements de quinquina qui n'avaient point été rendus : il fit donner plusieurs lavements émollients dans la double vue de calmer les douleurs, et de délayer les matières; ils ne furent point rendus et n'opérèrent aucun effet. Les douleurs étant augmentées le cinquante-deuxième jour, M. D. eut une autre idée; il pensa que ces engorgements pouvaient avoir lieu dans l'épaisseur même des parois abdominales, ou derrière elles entre les muscles et le péritoine ; on continua les lavements, et on appliqua des cataplasmes sur la fosse iliaque.

Le cinquante-quatrième jour, la malade, sans avoir encore reçu de lavements ce jour-là, alla deux fois à la selle par l'anus naturel, et rendit des matières dures et fort noires; le cinquante-cinquième, la douleur de la fosse iliaque et les engorgements qui y existaient avaient disparu, ce qui nous prouva que M. Dupuytren avait d'abord bien jugé de leur cause, en les attribuant à un amas de matières; malgré ses deux selles de la veille, la malade sentait près de l'orifice de l'anus un gros globe de matières endurcies dont le contact avec l'intestin lui causait de si vives douleurs, qu'on fut obligé de les lui extraire à l'aide de deux doigts, introduits graissés, et recourbés ensuite pour faire l'office de curettes. Depuis ce moment elle n'a plus éprouvé de douleur de ce côté, mais la fièvre continua à faire des progrès. On prescrivit de nouveau avec le quinquina, la limonade, l'eau de Seltz ; le premier ayant renouvelé les vomissements, on le supprima

le cinquante-sixième jour, et on se borna à donner de l'eau de Seltz, de la limonade, de la bière et de bons bouillons ; ce traitement fut continué le cinquante-septième jour ; le cinquante-huitième, la malade avait la langue chargée, de la douleur à l'épigastre, et des nausées ; on donna vingt-quatre grains d'ipécacuanha en trois prises, et on aida à vomir avec de l'infusion de camomille ; la malade rendit beaucoup de bile ; peu de temps après elle eut un très fort frisson suivi de beaucoup de fièvre. Le cinquante-neuvième, on crut pouvoir diminuer le frisson en faisant prendre un peu avant une potion composée d'eau de menthe et de cannelle, d'extrait de quinquina, et de liqueur anodine d'Hoffmann ; ce moyen fut encore inutile, le frisson et la fièvre furent considérables. A cette époque, M. Dupuytren, d'accord avec M. Récamier, fit donner à la malade quelques bains tièdes ; elle en prit ainsi les soixantième, soixante-unième et soixante-deuxième jours. Toutes les précautions furent employées pour que la malade n'eût point de froid ; les deux premiers semblèrent reculer et diminuer le frisson, mais à la suite du troisième le frisson et la fièvre furent très intenses : la malade se plaignait dès avant les bains de douleurs vives dans les membres ; il sembla qu'elles avaient augmenté par les bains.

Du soixante-troisième au soixante-douzième jour, la malade eut constamment une fièvre avec des redoublements en froid ; c'était une fièvre adynamique rémittente bien caractérisée ; les forces étaient dans une prostration complète, le pouls presque imperceptible, la langue noire, les dents fuligineuses ; la voix était presque éteinte ; une large escarre existait au sacrum ; une autre recouverte par une phlyctène noirâtre occupait un des talons ; on les couvrit de stimulants, on éloigna les pieds du lit ; la malade était arrivée à un état de maigreur extrême ; elle refusait tous les aliments, mais une soif ardente la dévorait ; elle buvait avec plaisir de la bière, de la limonade, de l'eau de chicorée ; chaque jour, on lui faisait prendre par cuillerées la potion tonique et antispasmodique dont nous avons parlé ; l'insomnie était

fatigante ; on procura du sommeil en donnant chaque soir ʒ ij de sirop diacode.

Le soixante-douzième jour, la faiblesse augmenta encore; le soir la malade eut une défaillance ; une sueur froide générale et un étouffement si considérable s'y joignirent qu'elle ne pouvait parler ; deux vésicatoires furent appliqués sur la poitrine ; la difficulté de respirer était extrême ; les crachats montaient et descendaient en produisant une sorte de râle ; un julep béchique et kermétisé fut donné ; point de soulagement ; la nuit on mit les sinapismes aux pieds ; on supprima le sirop diacode.

Le soixante-treizième jour, accroissement des symptômes adynamiques ; cependant la parole revint un peu ; le soir toux continuelle et fatigante ; sirop diacode , un peu de repos.

Le soixante-quatorzième, on se proposait de changer la malade d'air, et de la transporter en ville ; mais plusieurs obstacles s'y opposèrent , et parmi eux, le danger toujours croissant de sa position , doit être compté pour beaucoup. En effet, cette malheureuse , dont l'agonie durait déjà depuis deux jours , n'avait plus que le souffle ; elle était tellement inondée de sueur, que le mouchoir qui couvrait sa tête en était recouvert comme d'une rosée ; le délire , la prostration , et les autres symptômes adynamiques étaient au comble le soixante-quinzième jour ; on fit sur la tête des lotions avec l'eau-de-vie camphrée ; on lui fit prendre jusqu'à ℥ viij d'alcool rectifié , d'abord mêlé à de l'eau sucrée , puis pur ; rien ne put la stimuler ; bientôt elle cessa de reconnaître les personnes qui l'entouraient ; la voix et successivemen toutes les fonctions s'éteignirent ; elle mourut le 6 décembre 1816 , à une heure du matin , soixante-seize jours après son entrée.

Autopsie et description de l'anus contre nature. — Nous examinâmes d'abord l'extérieur, c'est-à-dire l'aspect de l'anus contre nature. Ce premier plan fut le sujet d'un premier dessin, dans lequel on représenta les orifices des bouts d'intestin dans leur situation respective, savoir , le bout supérieur en haut et en dedans , très renfoncé , et n'offrant aucun

renversement. Une sonde introduite dans ce bout se dirige obliquement en arrière et en dedans. En second lieu, on voit plus bas et en dehors, l'extrémité renflée du bout inférieur, lequel offre la muqueuse renversée et en bourrelet. Cette disposition si fréquente ne pourrait-elle pas suffire pour toujours distinguer le bout inférieur? Une sonde introduite dans ce bout forme avec la première un angle fort aigu et se dirige en arrière et en dehors. Entre ces deux bouts on distingue l'extrémité de l'éperon, d'autant plus saillant que le bout inférieur est très long, et que les deux bouts sont adossés et parallèles; cet éperon est rouge et tapissé de membrane muqueuse; il est formé soit par la partie postérieure de l'anse qui serait restée saine, soit par les extrémités des deux bouts, qui se seraient cicatrisés après une section complète de l'anse. Ces bouts avaient contracté avec la peau une adhérence intime; nous verrons plus tard qu'elle se bornait exactement au pourtour des orifices. Les téguments environnants étaient rouges et comme érysipélateux.

Nous ouvrîmes ensuite le bas-ventre, nous trouvâmes les deux bouts, comme nous l'avions prévu, savoir, le supérieur en dedans, correspondant à l'estomac, et se continuant à gauche avec la partie supérieure de la masse intestinale; l'inférieur en dehors, formé par la fin de l'iléon et se continuant avec le cœcum. Ils étaient parallèles dans l'étendue de deux pouces environ, puis ils divergeaient en manière de V; ils n'offraient aucune torsion, ce qui est surprenant, car après l'opération on avait porté en devant le bout supérieur qui se trouvait primitivement en dehors. Puisque malgré ce transport les bouts se sont trouvés parallèles et tordus, on peut en conclure qu'ils l'étaient au moment de l'opération et renversés l'un sur l'autre, et qu'on aura détruit heureusement cette torsion en les portant ainsi. Entre les deux bouts on voyait le mésentère formant à sa partie moyenne, depuis la colonne vertébrale jusqu'à l'éperon, une sorte de crête ou bride saillante et fort tendue. Ces divers objets sont représentés dans un second dessin; le bout supérieur offrait aussi un peu au-dessus de son orifice exté-

rieur et en dedans une dilatation fort remarquable, formant là une sorte de cloaque.

La manière dont l'adhérence des bouts s'est faite à la peau offre un fait bien important. Les bouts n'adhéraient point à l'espèce de pont formé par l'arcade crurale, ni aux autres parties molles ; l'adhérence était bornée uniquement au pourtour de leurs orifices ; la muqueuse adhérait à la peau, seulement dans la largeur d'une ligne au plus ; on pouvait introduire le bout du doigt, entre la paroi abdominale et les bouts, jusqu'au pourtour des orifices, et le faire tourner dans un espace ou une cavité circulaire formée en devant par la paroi abdominale, le péritoine et la face antérieure des bouts d'intestin, et en arrière par leur face postérieure et les parties sous-jacentes, le pubis, les vaisseaux cruraux, le pectiné, etc. Ce sac était beaucoup plus long en arrière et en dedans, qu'en haut et en avant. L'étroitesse de l'adhérence, et l'existence du sac dont nous venons de parler, expliquent pourquoi chez les individus affectés d'anus contre nature on rencontre souvent des hernies, ordinairement situées en dedans, lorsque, par suite d'un effort quelconque, elles sont formées par une portion d'intestin qui s'engage dans le sac en question. Mais cette adhérence offre un autre fait bien plus capital. En effet, après avoir rétabli à l'intérieur le cours des matières entre les deux bouts (par leur adhésion et leur section au moyen des pinces de M. Dupuytren), il peut paraître nécessaire pour oblitérer les orifices extérieurs des bouts, de les rafraîchir ou de les exciser, et d'employer ensuite pour les réunir la compression, la suture, ou tout autre moyen ; si le praticien méconnaissant alors que l'adhérence peut n'avoir qu'une ligne de largeur, au lieu de se borner à rafraîchir ou exciser très superficiellement la muqueuse, emporte quelques lignes au-delà des orifices, le cas que nous rapportons offre la preuve qu'on irait au-delà de l'adhérence, n'est-il pas à craindre qu'on ne cause dans l'abdomen un épanchement funeste?

Un troisième dessin représente les pinces de M. Dupuytren, introduites dans les deux bouts ; on voit ceux-ci rap-

prochés dans le ventre, dans une longueur de trois pouces; ils sont exactement adossés, et dans la situation où leur inflammation adhésive et leur section doivent s'opérer sur le vivant : on remarque que les bouts étaient un peu refoulés, et faisaient une sorte de mouvement ondulatoire, à mesure que l'instrument pressait; la membrane muqueuse ne participait pas à ce déplacement, mais la musculaire et la séreuse formaient beaucoup de plis transversaux. Ce mouvement en arrière eût été favorable sur ce sujet, car une portion d'intestin située transversalement entre les deux bouts ne fut point comprise, elle fuyait l'instrument à mesure qu'il comprimait. On peut remarquer aussi que le mésentère et sa bride se trouvaient en arrière du point où la section devait se faire.

En quatrième lieu, et pour un quatrième dessin, on fit avec un couteau bien affilé une coupe parallèle à l'axe des deux bouts; ayant d'abord enlevé l'arcade crurale, on trouva le canal qui semblait conduire les matières du bout supérieur dans l'inférieur, et dont nous avons parlé. La partie antérieure des bouts fut aussi enlevée; de cette manière on les vit adossés, et dans l'état où ils sont après leur section, c'est-à-dire les deux réunis et formant un seul canal, lequel équivaut à une dilatation de l'intestin, et permet aux matières de passer de l'un à l'autre quoiqu'ils restent dans leur situation parallèle. On distinguait aussi, et on a représenté l'éperon long et saillant formé par l'adossement des bouts; il était inférieurement concave et semi-lunaire; c'était là que venait se terminer la bride fort tendue et saillante du mésentère. Il est évident qu'un pareil anus contre nature ne pouvait guérir seul, car, outre que l'éperon était fort saillant, et surtout plus long que le bout supérieur, les matières fécales venaient de ce dernier bout dans une direction presque perpendiculaire à la longueur de l'inférieur, et pour passer dans ce dernier, il eût fallu qu'elles s'épanchassent d'abord, puis fissent un coude pour contourner l'éperon, et rentrer dans le bout inférieur, ce qui était impossible.

Aussi devait-on, si la santé de la malade l'eût permis, opérer la guérison de l'anus contre-nature au moyen de l'in-

strument de M. Dupuytren. Mais, malgré les soins de toute espèce, et les plus assidus, elle mourut épuisée par une fièvre adynamique rémittente essentielle excessivement longue. On ne put attribuer sa mort à aucune autre cause, car tous les viscères furent trouvés parfaitement sains; la matrice avait le double de son volume ordinaire, elle était tout-à-fait vide (1).

Chez quelques malades, la guérison de l'anus contre nature est au-dessus des ressources de l'art, parce qu'il est impossible de trouver le bout inférieur malgré les recherches les mieux faites et les plus prolongées. Tel était le cas du nommé Jean Cosson, chez lequel, pendant quinze ans qu'il resta comme infirmier attaché à la petite salle des opérés, M. Dupuytren ne put jamais découvrir le bout inférieur. Il quitta l'hôpital dans le même état qu'il y était entré.

En traitant des étranglements internes nous avons fait voir qu'on avait eu plusieurs fois le projet d'établir des anus accidentels lorsque le cours des matières stercorales était interrompu ou n'avait pu s'établir. C'est ainsi que, chez les enfants, lorsque l'oblitération de la partie inférieure du rectum ne permet pas aux matières de descendre assez bas pour être senties, et pour servir de guide au bistouri ou au trois-quarts, l'établissement d'un anus anormal dans la région iliaque gauche est une opération que le chirurgien peut raisonnablement pratiquer. Dans un cas de l'espèce, M. Dupuytren essaya de pénétrer dans le cœcum; il y parvint sans intéresser le péritoine, mais l'enfant succomba. Il est, certes, beaucoup plus facile d'arriver dans le colon lombaire gauche, mais nous nous sommes assuré, de concert avec M. Blandin, qu'on pouvait ouvrir le cœcum sans léser le péritoine. Nous ignorons les motifs qui portèrent M. Dupuytren à tenter cette opération; il est probable que les graves désordres qui en furent la suite l'y firent renoncer, mais il n'en est pas moins constant qu'il l'exécuta. Quant à l'oubli dans lequel cette opération tomba, cela n'a rien de surprenant : n'ignorait-on pas, il y a encore peu de temps, qu'il avait fait l'amputation

(1) Observation recueillie par M. Dufour.

de la mâchoire supérieure et la section du sterno-cléido-mastoïdien, par une ponction sous-cutanée ?

L'établissement de l'anus anormal a encore été proposé contre quelques variétés des étranglements internes de l'intestin grêle. Dans un cas rapporté par Braillet, des coliques, des nausées, des hoquets, des vomissements étant survenus chez un officier, à la suite d'une chute dans laquelle le ventre avait porté contre le pommeau de l'épée, ce chirurgien assura que l'intestin contus s'était rétréci à l'endroit de la maladie. La douleur étant fixée près de l'ombilic, Braillet proposait d'ouvrir l'abdomen, de rechercher la partie malade du canal et de l'ouvrir, de manière à établir un anus anormal, l'autopsie justifia la conjecture de ce praticien, mais le projet d'établir dans un cas semblable un anus accidentel ne saurait être définitivement mis à exécution.

Il n'en est pas de même, lorsque l'obstacle provient d'une altération organique bien constatée du rectum. Lafaye et Charve ont rapporté des exemples de rétrécissement de la partie supérieure du rectum. Tout le monde se rappelle l'observation du célèbre Talma, publiée dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologique*. Dans les cas de ce genre, la nature ainsi que le siége de la maladie sont connus, le danger est pressant, inévitable, et l'on ne peut dès lors que lui opposer le secours d'une opération qui, si elle ne place pas le malade dans une situation exempte d'inconvénients graves, prolonge au moins son existence.

Cette opération, d'ailleurs, a déjà été pratiquée en 1814 avec succès par le docteur Martland. Un homme robuste ressentait depuis quatre mois des coliques violentes ; les matières sortaient dures et aplaties ; elles se supprimèrent enfin entièrement, et les purgatifs drastiques les plus violents ne purent rappeler leur évacuation. L'exploration par l'anus fit découvrir une tumeur qui obturait le rectum et empêchait toute introduction de bougies ou d'autres instruments. Dans cet état désespéré, une incision oblique de quatre pouces fut faite à la région iliaque gauche. Le péritoine ouvert laissa apercevoir les fibres du colon, qu'on fixa aux deux côtés de

la plaie par deux points de suture. Après l'ouverture de cet intestin, beaucoup de matières et de gaz sortirent avec force, les accidents se dissipèrent, et bien que la plaie fût un peu trop grande, dix-huit jours après l'opération le sujet put reprendre ses travaux accoutumés. L'anus artificiel était alors définitivement établi, et donnait issue à la totalité des matières stercorales. L'écoulement de celles-ci fut rendu intermittent au moyen d'une compression exercée sur la plaie extérieure, et que le malade levait toutes les fois que le besoin de la défécation se faisait sentir. Un an après, la santé du sujet n'avait éprouvé aucune altération. Cet exemple pourrait être imité dans des cas semblables.

L'opération relative à l'établissement de l'anus anormal au flanc gauche ou le long de la région iliaque correspondante avait d'abord été proposée par Littre, puis pratiquée sans succès en 1783 par M. Dubois. Elle réussit à M. Duret, de Brest, en 1793, et ensuite à M. Pillore de Rouen. Callisen proposa de pénétrer jusqu'au colon descendant à travers une incision pratiquée en arrière, entre l'épine iliaque et le rebord des dernières côtes, parallèlement au bord externe du muscle carré des lombes. Son but était d'arriver de cette manière au gros intestin entre les deux lames de son mésentère, sans toucher au péritoine, et en évitant tous les dangers de l'épanchement des matières stercorales dans le ventre. Les opérations faites dans ces derniers temps prouvent que c'est à tort qu'on a prétendu que la situation du colon variait trop, et que son repli péritonéal avait trop peu d'épaisseur pour qu'on puisse aisément et sûrement pénétrer entre les deux feuillets qui le composent sans ouvrir la cavité de l'abdomen.

Avant de terminer ce qui est relatif à l'anus anormal; et de faire connaître le procédé mis en usage par Schmalkalden, il nous paraît intéressant pour l'histoire de l'art de signaler parmi les applications de l'entérotome, celle qui a été faite par M. Casamayor.

Il s'agissait d'un anus anormal ouvert dans le vagin et résultant de la perforation de cet organe, durant un accouchement laborieux. Un anse de l'in-

testin grêle, placée au-devant du rectum, avait été alors appliqué avec force contre le conduit vaginal, et, après y avoir contracté des adhérences, avait participé à la gangrène qui s'y développa, de manière qu'un anus normal s'y établit. La malade voulait absolument être délivrée de cette infirmité qui lui rendait la vie insupportable.

Plusieurs médecins lui proposèrent de se faire ouvrir le ventre, afin de détacher l'intestin perforé, d'en aboucher les bouts et de les coudre l'un à l'autre. Mais M. Casamayor était trop habile pour adopter un pareil système. Il imagina d'établir, entre l'intestin perforé et le rectum, une communication à l'aide de laquelle les matières pussent passer de l'un de ces organes dans l'autre et se détourner ainsi du vagin, dont la plaie devait alors s'oblitérer complétement. La nature des matières fournies par l'anus anormal indiquait qu'il dépendait de l'iléon; l'abouchement proposé ne devait donc exercer qu'une médiocre influence sur la nutrition.

M. Casamayor fit construire une pince en fer, longue de dix pouces et demi, dont les branches, grosses comme une forte plume à écrire, étaient recourbées de manière à laisser entre leur base un espace libre. L'extrémité de chacune de ces branches supportait des mors longs de huit lignes et larges de quatre. La malade étant couchée en supination, une des branches fut portée par le vagin dans l'intestin grêle, à un pouce et demi environ au-dessus de son ouverture, et l'autre à une hauteur égale dans le rectum. Le chirurgien s'assura qu'elles ne comprenaient rien autre chose que les parois adossées des deux intestins, et procéda ensuite à leur rapprochement. Quelques accidents peu considérables survinrent et se dissipèrent spontanément. L'instrument fut enlevé six jours après son application, laissant au-dessus de l'ouverture intestino-vaginale un orifice de dérivation, à travers lequel les matières passèrent directement de l'intestin grêle dans le rectum. Dès lors les selles furent rétablies, mais des matières coulaient encore, en petite quantité, par le vagin, et M. Casamayor était occupé à leur fermer entièrement cette voie, lorsque la malade, qui se disposait à retour-

ner dans son pays, fut saisie d'une pleuro-pneumonie foudroyante, à laquelle elle succomba en quatre jours.

Cette observation est importante en ce qu'elle trace la conduite qu'il conviendrait de suivre constamment dans des cas du même genre.

Lorsque l'anus anormal ne peut être ni opéré à l'aide de l'entérotome, ni guéri par les moyens indiqués plus haut, ni maintenu fermé sous l'effort d'un bandage compressif, on doit s'efforcer de prévenir les complications qui tendent à le rendre plus insupportable ou plus dangereux, et de remédier aux incommodités dégoûtantes dont il est la source. On préserve assez facilement le malade du renversement de l'intestin, en soutenant les bords de l'ouverture anormale au moyen d'un cercle d'ivoire ou de quelque autre matière peu altérable, qui ne laisse à son centre qu'une ouverture par laquelle l'excrétion alvine s'écoule facilement. Ce cercle fait partie d'un bandage à ressort, qui le maintient appliqué avec un degré convenable de force. A l'ouverture qu'il présente est ajusté un tube de métal ou de gomme élastique, lequel se termine dans une boîte destinée à servir de réceptacle aux matières fournies par l'intestin. Cette boîte, diversement disposée, afin de s'adapter aux formes des parties, est maintenue par des rubans ou par des courroies qui entourent le tronc et ne lui permettent pas de s'écarter de l'endroit où elle a été placée. Quelquefois, l'orifice de l'anus anormal se prête à l'introduction du tube conducteur des matières jusque dans la cavité de l'intestin, et l'appareil se trouve ainsi de beaucoup simplifié. Dans tous les cas, la plus grande propreté est indispensable aux malades, afin de prévenir l'irritation des téguments voisins de l'ouverture morbide, et surtout le développement d'une odeur infecte, qui pénètre leurs vêtements, et se fait sentir au loin. Les lotions faites sur les parties malades, et les lavages fréquents de l'appareil avec la dissolution des chlorures alcalins, présenteront alors de précieux avantages, et les malades ne devront jamais manquer d'y recourir.

Les essais faits en 1795 par Schmalkalden appartiennent

trop à notre sujet pour que nous ne les rapportions pas dans ces Leçons. L'idée qui a servi de base à son procédé opératoire a la plus grande analogie avec celui de M. Dupuytren ; comme lui, en effet, il se proposa de détruire la paroi de séparation formée entre les deux portions intestinales qui se rendent en dehors dans la plaie principale. Schmalkalden ne fut pas aussi heureux que Dupuytren dans le choix des moyens ; mais la sagacité de l'invention a d'autant plus de mérite que, dans ce temps, les observations précieuses de Scarpa sur la structure des parties dans l'anus contre nature n'étaient pas encore connues. La difficulté de se procurer maintenant la dissertation inaugurale dans laquelle Schmalkalden publia son procédé, et les particularités intéressantes que renferme l'histoire de la maladie nous font un devoir d'en donner une traduction, afin qu'on puisse lui assigner la place qui lui est due dans l'histoire des opérations chirurgicales (1).

Obs. XI. — *Hernie inguinale droite. — Étranglement. — Gangrène. — Anus contre nature. — Premières tentatives faites pour détruire la cloison. — Guérison.* — « Un homme de beaucoup de talent, âgé de vingt-trois ans, qui étudiait le droit à l'université de Wittemberg, me pria, à différentes reprises, dit le chirurgien cité, au mois d'août 1795, de le débarrasser d'un anus contre nature qui lui causait de grandes souffrances depuis une demi-année. J'examinai l'état du malade, et je trouvai ce qui suit :

» Vers l'anneau inguinal du côté droit on apercevait deux portions intestinales qui faisaient tellement saillie à travers les téguments, que, bien qu'adhérentes ensemble, elles pendaient dehors séparées l'une de l'autre.

» La plus grande partie des excréments sortait par la portion située profondément et vers l'angle intérieur de l'anneau inguinal ; une quantité bien moins considérable s'écoulait par une autre ouverture placée dans la partie où l'anneau ingui-

(1) Schmalkalden, *Nova methodus intestina uniendi.* Viteb. 1798, traduction de M. Michaelis de Berlin.

nal s'élargit; mais cette dernière se ferma avant que j'eusse pu entreprendre quelque chose. Je jugeai par ces symptômes, que la portion intestinale qui faisait saillie d'un pouce et demi en dehors des téguments se portait vers le duodénum, tandis que l'autre portion intestinale, qui avait une longueur de deux pouces et demi, était située un peu plus haut et plus au dehors à son passage par l'anneau inguinal, et ne laissait point écouler de matières fécales, devait être unie avec la partie qui se dirige vers le rectum.

L'embouchure de la portion intestinale supérieure avait la largeur normale de cette partie du canal intestinal; l'embouchure inférieure, au contraire, était plus rétrécie. Le mouvement péristaltique put être remarqué dans les deux portions intestinales, mais dans la supérieure moins que dans l'inférieure. Ces deux parties semblaient légèrement enflammées. En les examinant plus exactement au moyen d'une sonde, je trouvai que les bouts sortaient par l'anneau inguinal d'après leur longueur et l'un près de l'autre, mais que le supérieur avait d'abord décrit une courbure et était descendu jusqu'au fond du scrotum. Cette courbure se trouvait sans doute dans un reste du sac herniaire. On apercevait en outre une cicatrice considérable qui commençait un pouce au-dessus de l'anneau inguinal et s'étendait jusque dans le scrotum, dont le côté droit était ridé et rétréci; les parties qui entouraient la cicatrice étaient indurées dans l'étendue d'un demi-pouce, surtout au-dessus de l'anneau inguinal et dans une petite profondeur; le testicule droit était si rétracté et si adhérent vers l'anneau inguinal, qu'on ne put le faire descendre plus bas.

Le malade me donna sur l'origine de sa maladie les renseignements suivants : Se promenant au mois d'octobre 1794 dans une prairie humide, il fut pris tout d'un coup d'une douleur violente dans l'aine droite, qui augmenta de manière à l'obliger de retourner chez lui; il aperçut alors une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Espérant que cet accident cesserait bientôt sans autres remèdes, il se contenta d'appliquer sur le mal un petit sac rempli de farine

de graine de lin, et se coucha. Après quelques heures, la tumeur disparut avec la douleur; il quitta Wittenberg au bout de quelques jours, et jouit d'une bonne santé jusqu'au 2 février 1795; mais ce jour-là il fut pris après son dîner, qui avait consisté surtout en choux et en navets, de douleurs violentes; une tumeur se montra dans l'aine droite, et tous les symptômes d'une hernie étranglée se manifestèrent. Il recourut à un habile médecin, qui, trouvant l'opération indispensable, la pratiqua le quatrième jour après l'étranglement; mais il se forma un anus contre nature.

» Pour avoir des renseignements plus exacts sur la maladie, je priai dans une lettre le chirurgien-major Lehman, qui l'avait opéré, de vouloir bien m'informer de ce qui s'était passé durant et après l'opération. Voici ce qu'il m'écrivit :

La maladie était une hernie scrotale complète, étranglée, de nature inflammatoire. Les professeurs Nüruberger et Titius avaient fait appeler ce chirurgien, qui tenta la réduction à trois différentes reprises, mais toujours en pure perte, si bien que, comme il ne restait aucune autre ressource, il entreprit l'opération le quatrième jour. Le scrotum était si distendu par les parties qu'il renfermait et par l'inflammation, qu'on ne put former un pli; on fut obligé d'inciser la peau peu à peu. Le scrotum ouvert, on s'aperçut que la maladie était une épiplocèle; l'épiploon se trouva au-dessus de l'intestin qui faisait hernie, la partie inférieure en était gangrenée; l'intestin était déjà désorganisé à l'endroit où il faisait une grande circonvolution à son passage à travers l'anneau inguinal en dehors. Bien qu'on élargît l'anneau par l'incision, on ne put et on n'osa replacer les intestins herniés, parce qu'une portion était très malade, et que des adhérences considérables s'étaient formées dans l'anneau inguinal; on enleva donc les portions gangrenées de l'intestin et de l'épiploon, ce qui établit une ouverture par laquelle sortaient les matières stercorales. Le chirurgien fit observer en outre dans son rapport que le canal de la portion intestinale gangrenée n'était pas tout-à-fait détruit, mais qu'il existait encore de la cohésion entre les deux bouts à l'aide d'un rudiment de la

paroi intestinale. Cette portion paraît avoir été détruite plus tard par l'effet de la suppuration, puisqu'au moment où j'examinai le malade, les deux bouts étaient séparés. Dans mon opinion et d'après celle des maîtres de l'art, on ne peut dans de telles circonstances que procurer quelque soulagement par un bandage convenable. Mais comme le malade me demandait instamment la guérison de son infirmité, et que l'amaigrissement qui augmentait de jour en jour, malgré une faim continuelle, prouvait suffisamment que le chyle ne pouvait être résorbé qu'en petite quantité, je jugeai indispensable la réunion des bouts intestinaux. Après avoir réfléchi sur le procédé à employer pour fermer l'anus contre nature, je pris la résolution de réunir les portions intestinales qui faisaient saillie à travers les téguments, selon la méthode proposée par La Peyronie, sans cependant séparer celles qui avaient contracté des adhérences.

Mais comme le malade n'avait rendu par l'anus depuis un an et demi ni gaz, ni matières fécales, je tâchai de m'assurer si le passage par la partie inférieure du canal intestinal était encore libre; à cet effet je fis des injections d'une décoction d'orge dans le bout supérieur de l'intestin, et j'administrai des lavements de décoction de graine de lin. Le 20 septembre 1795, j'injectai six onces de cette décoction; mais le 21, il n'y avait ni évacuation, ni douleurs; le 22 septembre, je réitérai la même tentative, le résultat fut semblable; le 24, j'osai injecter douze onces; environ deux onces furent rendues avec une masse caséeuse. On donna deux fois par jour un lavement d'une demi-livre de décoction de graine de lin, qui fut expulsée chaque fois deux heures après. Assuré par ces tentatives que la partie inférieure du canal intestinal était encore libre, je continuai les injections et les lavements jusqu'au 2 octobre. Le fluide injecté par le bout supérieur du canal intestinal fut toujours rendu plus tard et en moindre quantité que les lavements administrés par l'anus. Enfin le 3 octobre à dix heures du matin, je procédai à l'opération de la manière suivante :

» J'enlevai avec le scalpel à la partie inférieure de l'intestin

une portion d'un pouce de long, à la partie supérieure seulement une portion d'un demi-pouce, de telle sorte que dans le point où les parois internes se trouvaient l'une près de l'autre, la portion enlevée était plus grande qu'à l'extérieur, et que les embouchures formaient le segment d'un cercle dont les bouts ou les cornes s'inclinaient l'un vers l'autre. Je me servis d'éponges trempées dans l'esprit-de-vin pour arrêter l'hémorrhagie. Mais comme les portions intestinales n'avaient pas contracté d'adhérences, et qu'elles étaient plutôt éloignées l'une de l'autre, j'employai le procédé suivant pour favoriser la réunion des deux embouchures intestinales dirigées l'une vers l'autre par la section oblique : je scarifiai leur face extérieure et les rapprochai tellement l'une de l'autre au moyen d'une suture, que les bords en furent affrontés ; mais pour obtenir encore davantage l'adhérence de ces bouts intestinaux, j'appliquai autour de chaque portion un anneau de lin d'un pouce d'épaisseur, revêtu de taffetas ciré, et je remplis les intervalles avec de la charpie ; je couvris les embouchures scarifiées des intestins avec un grand coussin mou et épais de charpie en le fixant par des bandelettes agglutinatives, et je m'efforcai de donner encore plus de solidité à cet appareil au moyen de compresses triangulaires et d'un bandage en forme de T.

» Pour prévenir l'inflammation je soumis l'opéré à une diète rafraîchissante, et continuai à lui donner des lavements. Je prescrivis en outre quelques doses d'un grain de *extracti opii aquosi* avec du sucre, et conseillai au malade de garder la position sur le dos. Les symptômes ordinaires de l'inflammation et de l'étranglement de l'intestin se manifestèrent, mais ils furent si insignifiants qu'ils cessèrent entièrement, après l'emploi des moyens ordinaires, lors de l'apparition de la suppuration le 5 octobre. Le 6 octobre j'enlevai les anneaux de lin, parce qu'on ne pouvait les préserver de la souillure des excréments, et fis appliquer des fomentations d'une décoction tiède de graines de lin avec un peu de vinaigre. Le 10 octobre, la suppuration était modérée, et la réunion des bouts intestinaux à l'aide des fils existait encore;

mais de la portion intestinale inférieure naissait une excroissance spongieuse; je prescrivis des aliments d'une digestion facile. Jusqu'au 18 octobre ce fongus n'avait pas fait de progrès; les fils de ligature purent être ôtés aisément, et la réunion des intestins aux faces latérales s'exécuta parfaitement. Jusqu'au 26 octobre l'excroissance spongieuse résista aux astringents, aux autres médicaments et au scalpel. Mais comme on ne pouvait s'attendre à la réunion des bouts intestinaux tant que la végétation spongieuse existerait, on fut quatre semaines sans rien entreprendre pour la guérison. Prévoyant que dans le cas même où l'excroissance spongieuse serait entièrement détruite, le mouvement péristatique très fort dans les deux portions intestinales pourrait devenir un obstacle insurmontable, et persuadé qu'on ne pouvait réussir ni par la méthode de Ramdohr, ni par celle de La Peyronie, je m'efforcai d'inventer une autre méthode opératoire pour rétablir la continuité du canal intestinal, et guérir l'anus contre nature. Je pensai avoir atteint ce but *en perçant la cloison formée entre les deux bouts d'intestin placés presque parallèlement l'un près de l'autre, et adhérents entre eux, de manière que les excréments pussent passer de la partie supérieure du canal dans la partie inférieure par l'ouverture artificielle.*

» Avant d'indiquer les moyens employés, je vais décrire l'état dans lequel se trouvaient les intestins. Les deux bouts qui passaient à travers les téguments avaient contracté des adhérences à l'aide de la suture pratiquée précédemment; l'ouverture de la portion inférieure était très rétrécie, couverte d'une masse spongieuse, et permettant seulement l'introduction d'une sonde. L'entrée de la portion supérieure était au contraire libre et plus large.

» La nouvelle méthode mise en usage pour rétablir un passage entre les portions intestinales séparées, et guérir l'anus contre nature, sans faire cesser l'union des parties, me parut pouvoir être employée dans tous les cas où les portions intestinales ont contracté des adhérences avec l'anneau in-

guinal, tandis que la méthode de Ramdohr ne convient que lorsqu'il n'y a pas d'adhérences.

» Le 24 novembre à dix heures du matin, j'introduisis dans la portion intestinale inférieure une sonde cannelée dont la pointe munie d'une petite boule de cire arriva jusqu'aux cloisons; ensuite je portai l'index de la main droite dans la portion supérieure, et j'enfonçai la pointe de la sonde à travers la cloison de manière qu'elle toucha le doigt dans la portion supérieure; cela fait je glissai un bistouri courbe, boutonné et enveloppé jusqu'à sa partie supérieure d'un emplâtre agglutinatif, sur la cannelure de la sonde de la portion supérieure dans l'intérieure, et j'incisai la cloison dans une étendue d'un demi-pouce, en attirant à la fois le bistouri et la sonde vers moi. Je fis passer un bourdonnet imbibé d'huile, et attaché à un fil, à travers l'ouverture de la cloison dans la portion inférieure; je fixai le fil du bourdonnet à la peau au moyen de bandelettes agglutinatives; un grain d'extrait aqueux d'opium fut prescrit, et l'on recommanda la diète antiphlogistique. La douleur, le gonflement, le sentiment de pression à l'abdomen, la constipation, la fièvre n'offrirent pas plus d'intensité que dans l'opération précédente; ils diminuèrent dès le troisième jour par l'emploi des médicaments convenables, et disparurent entièrement, lorsque la suppuration survint le neuvième jour. Les lavements administrés peu de temps après l'opération furent rendus mêlés d'un peu de sang; le soir même le bourdonnet avait déjà glissé dans la portion inférieure du canal intestinal à l'aide du mouvement péristaltique; j'en introduisis un autre et je l'attachai par un fil; mais comme la portion intestinale inférieure attirait toujours avec beaucoup de force le bourdonnet, je cessai l'emploi du fil; presque toutes les heures j'étais obligé d'en placer un nouveau.

» Quoiqu'on introduisît continuellement jusqu'au 1er décembre des bourdonnets dans l'ouverture de la cloison, ce fut ce jour-là seulement pour la première fois que les excréments passèrent par l'anus comme chez un homme parfaitement bien portant.

» Dès le 25 décembre on ne plaça plus de bourdonnet, et on tâcha d'empêcher l'évacuation des excréments par l'anus contre nature. Dans ce but, je mis le bandage herniaire de Richter, sous lequel j'appliquai une éponge; mais six heures après il se manifesta des coliques violentes et quelques symptômes d'étranglement; je fus donc obligé d'ôter ce bandage, parce que ces accidents prouvaient que la petite ouverture faite dans la cloison entre les deux bouts d'intestin ne laissait pas passer les excréments en suffisante quantité dans la portion inférieure du canal intestinal.

Avec le temps, l'ouverture de la cloison se rétrécit un peu, et les excréments furent évacués par l'anus contre nature; cependant le malade eut deux fois par semaine des selles normales. Les lavements furent continués avec addition de sel commun et de savon. L'évacuation des excréments par l'anus contre nature ne pouvant être empêchée au moyen de la compression, j'élargis l'ouverture. Je me servis à cet effet de ciseaux mousses, et j'incisai la cloison, à commencer de cette ouverture vers la face postérieure de l'intestin dans une étendue de presque trois lignes; puis j'introduisis encore des bourdonnets jusqu'à ce que la plaie fût guérie, et les renouvelai aussi souvent qu'ils tombaient dans l'intestin. On obtint par ce procédé plus de selles normales; cependant les excréments ne passaient pas entièrement de la partie supérieure du canal intestinal dans l'inférieure par la nouvelle ouverture. Le malade resta dans cet état les mois de janvier et février. En mars, je résolus de faire une nouvelle tentative pour agrandir l'ouverture de la cloison, *sans cependant m'exposer au danger d'inciser les parois intestinales au-delà du point où elles avaient contracté des adhérences entre elles.*

» L'introduction des bourdonnets avait appelé mon attention *sur la rapidité avec laquelle la portion intestinale inférieure attire à elle tout ce qui est porté dans son intérieur*; je basai sur cette expérience le procédé suivant : un boyau de bœuf d'une demi-aune de longueur fut mouillé et fermé à l'un de ses bouts; j'en portai le bout fermé dans la por-

tion intestinale supérieure, et je le fis passer par l'ouverture de la cloison, dans la portion inférieure; ensuite je soufflai de l'air dans ce boyau, je fermai le bout supérieur, et le fis glisser vers le gros intestin, tandis que je le retins au moyen d'un fil; mais cette portion du boyau fut entraînée dans la partie inférieure des intestins avec tant de rapidité, que le fil m'échappa et que je fus obligé de réitérer la tentative.

Convaincu de la force avec laquelle cette portion intestinale entraîne tout ce qui est placé dans sa sphère d'attraction, je ne tins pas seulement le fil plus ferme, mais je fis un crochet de bois dont un bout plus long (un pouce et demi) que l'autre (un demi-pouce) formait un angle aigu; je plaçai dans cet angle une lame de flammette, et j'attachai le bout plus long du crochet au boyau; un second fil fut fixé au crochet de manière à pouvoir retirer à volonté la lame de flammette aussitôt qu'elle serait passée dans l'intestin au moyen du boyau; c'est ainsi que je me proposai d'élargir l'ouverture en l'incisant avec beaucoup de précaution; mais le boyau s'engagea si promptement dans l'intestin du malade, que je fus obligé de retirer à la hâte le crochet, et, ne pouvant faire sortir en même temps le boyau, je le détachai de ce dernier. J'essayai cependant encore une fois ce procédé, en ayant soin de ne remplir le boyau de bœuf qu'à moitié d'air; aussi arriva-t-il plus lentement dans l'intestin du malade; j'attachai la lame de flammette dans l'angle du crochet pour qu'elle ne pût que corroder sans inciser. La partie plus longue du crochet fut portée par l'ouverture de la cloison dans la portion intestinale inférieure; je retins l'autre dans la portion intestinale supérieure, et l'attachai au moyen d'un fil à une ceinture placée autour du bas-ventre. Le crochet étant resté pendant environ une heure dans l'ouverture de la cloison, je l'ôtai et le trouvai teint de sang. Pendant huit jours j'introduisis, de cette manière, le crochet durant une heure par jour dans l'intestin pour entretenir la suppuration dans l'angle postérieur de l'ouverture et pour élargir celle-ci. Le crochet étant ôté, les ouvertures extérieures des intestins furent fermées de la

manière suivante : le malade mit un boyau de bœuf fermé à un de ses bouts au-dessus des ouvertures intestinales qui faisaient hernie; celles-ci se trouvèrent renfermées dans le creux du boyau; de plus, je plaçai sur ce dernier des compresses de toile fine, et le tout fut maintenu par un bandage en forme de T ; la portion des excréments qui ne put être rendue et qui passa dans la partie intestinale inférieure, s'amassa dans ce boyau, qui forma, pour ainsi dire, le fond des portions intestinales séparées. »

Outre ces divers procédés, le docteur Schmalkalden se servit encore d'autres instruments qui favorisaient la dilatation de l'ouverture de la cloison à raison de leur élasticité. Par l'usage continuel des moyens destinés à agrandir l'ouverture de la cloison, on en était parvenu au mois d'octobre 1796 à faire évacuer la plupart des excréments par la voie normale. Néanmoins, quelques résidus s'écoulaient encore par l'ouverture de la portion intestinale supérieure; M. Schmalkalden fit faire pour ce malade un bandage herniaire particulier après l'application duquel *tous les excréments et tous les gaz furent évacués par la voie normale et à la volonté du malade, qui n'en fut plus incommodé depuis ce temps*. L'écoulement par l'anus contre nature ayant entièrement cessé, et l'ouverture extérieure de la portion intestinale inférieure s'étant complétement fermée, Schmalkalden espéra que l'ouverture de la portion intestinale supérieure se fermerait de même en scarifiant les bords.

Le docteur Schmalkalden, qui avait cessé de voir son malade pendant quelque temps, à cause d'un voyage, fut le visiter à son retour; il trouva l'ouverture encore existante déjà si rétrécie, qu'il se borna au bandage que je vais décrire et à une diète sévère. Le succès répondit à ses espérances : les bouts intestinaux séparés par la gangrène se réunirent dans le cours de l'an 1798, et tous les excréments purent se rendre dans l'anus naturel, comme à l'état sain. Cependant l'ouverture de la peau ne se ferma pas entièrement; elle était toujours mouillée; le malade jouit au reste d'une bonne santé; seulement après des imprudences dans la diète il avait quel-

quefois des flatuosités et se plaignait de coliques légères. Il devint père d'un fils qui vit encore, et mourut le 14 mars 1810, âgé de trente-sept ans, d'une maladie qui n'avait aucun rapport avec ce mal.

Le bandage herniaire avait la forme suivante : la plaque en fer de la pelote était un peu plus concave que celle des bandages herniaires ordinaires ; à sa face externe se trouvaient quatre boutons ; sur la face interne la pelote était creusée dans son milieu de manière à loger dans ce petit creux une ventouse ordinaire en verre d'un pouce et demi de diamètre sur un demi-pouce de hauteur ; le reste de la pelote qui entourait la ventouse la débordait de sorte qu'elle cédait à la pression et adhérait en même temps avec la ventouse plus solidement au corps. Les bords de la pelote furent revêtus de taffetas ciré pour la préserver des souillures. Les quatre boutons de la face externe servaient à attacher sur le bord extérieur et sur le bord intérieur une ceinture de corps et deux sous-cuisses. Le bord de la ventouse s'unissait étroitement à la peau autour de l'embouchure intestinale; les deux ceintures l'attachaient si exactement qu'elle ne donnait aucune issue aux excréments et aux gaz.

ARTICLE II.

DE L'EXCISION DES BOURRELETS HÉMORROÏDAUX. — DE LA CHUTE DU RECTUM. — DE LA FISSURE A L'ANUS. — DU RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM.

1° DE L'EXCISION DES BOURRELETS HÉMORROÏDAUX.

L'extrémité inférieure du rectum est, chez un grand nombre de personnes, le siége de tumeurs sanguines auxquelles on a donné le nom d'hémorroïdes.

Ces tumeurs peuvent exister toute la vie sans occasionner une gêne considérable; mais souvent aussi elles sont la cause d'accidents graves qui compromettent les jours du malade, et qui se termineraient infailliblement par la mort, s'ils n'étaient combattus. Le célèbre Copernic et Arius succombèrent à une hémorrhagie, suite d'une rupture des hémorroïdes. Borders, Benjamin Bell, rapportent des faits d'écoulements qui ont été également funestes. Cette issue fatale avait été observée par les anciens. Aussi, dit M. Dupuytren, avaient-ils proposé différents traitements contre cette affection, et entre autres les ligatures. Hippocrate, dans son livre *De ratione victûs in acutis*, recommande d'embrasser les hémorroïdes avec un fil de laine épais et solide. Vous lierez, ajoute-t-il ainsi, toutes les tumeurs, à l'exception d'une seule; vous ne les couperez pas, mais vous hâterez le moment de leur chute par des topiques appropriés. Paul d'Egine donne le même précepte. Celse pense qu'il faut entamer avec l'ongle ou le scalpel les tumeurs ligaturées. Je ne rapporte ici ces différentes opinions, continue M. Dupuytren, que pour vous prouver que les anciens connaissaient bien les dangers des hémorroïdes.

Avant de passer en revue les procédés employés contre

ces tumeurs, il ne sera pas inutile de dire un mot de leur nature, d'indiquer leur structure anatomique et les cas où il convient d'appliquer le traitement dont je vais parler dans cette leçon.

Relativement à leur nature, beaucoup d'opinions ont été émises. Les uns, comme Montègre, veulent que l'écoulement sanguin ne vienne ni des artères, ni des veines, mais bien de capillaires intermédiaires à ces deux ordres de vaisseaux. Laënnec, Abernethy, les ont regardées comme le résultat de la formation de nouveaux vaisseaux. Suivant Duncan, Le Dran, Cullen, MM. Récamier et de Delaroque, elles seraient constituées par des kystes dans lesquels le sang artériel serait versé. Enfin, Stahl, Alberti, Vésale, Morgagni, J.-L. Petit, Pinel, Boërhaave, les considèrent comme des veines dilatées, véritables varices, et telle est aussi notre opinion.

Si nous examinons maintenant la composition des bourrelets hémorroïdaux, dit M. Dupuytren, nous trouvons qu'ils doivent être distingués en internes et en externes.

Les bourrelets internes, recouverts par la muqueuse de couleur violacée, forment dans le rectum une espèce de cloison. Ils présentent entre eux des sillons qui facilitent leur isolement, et que l'inflammation fait quelquefois disparaître. Le tissu même de cette membrane offre des renflements veineux, comme des têtes d'épingle, qui, lorsqu'ils sont incisés, laissent écouler du sang veineux, ce qui lui donne un aspect spongieux. La muqueuse enlevée, on aperçoit de fausses membranes organisées, ou une tunique cellulaire; enfin, la membrane musculeuse constitue la tunique la plus externe. Des troncs artériels volumineux sont souvent appliqués sur eux.

Les bourrelets externes, qui forment une espèce de couronne autour de l'anus, sont composés: 1° à l'extérieur, en grande partie par le rectum et un peu par la peau; 2° par les fausses membranes qui existent souvent dans les bourrelets nternes, ou par la tunique nerveuse qui semble alors se continuer avec le *fascia superficialis*; 3° par les veines dilatées qui constituent les hémorroïdes; 4° par le sphincter

externe qui en embrasse le pédicule et envoie constamment de ses fibres sur elles; 5° par des filaments nerveux qui rampent à leur surface; 6° enfin par la graisse qui est quelquefois placée entre la peau et ces tumeurs.

L'âge et le sexe ont-ils de l'influence sur la production des hémorroïdes? on n'en saurait douter. Stahl dit qu'elles ne sont l'apanage que de l'âge viril ou de la vieillesse commençante; quelques auteurs nient que cette maladie ait jamais existé dans ce premier âge, et disent que lorsque l'on a cru l'avoir observée, on avait pris pour des hémorroïdes une procidence de la membrane muqueuse du rectum; cependant Venceslas Trnka rapporte les observations de trenteneuf enfants au-dessous de quinze ans affectés d'hémorroïdes; dans ce nombre dix-huit avaient moins de cinq ans et cinq moins d'un an. Pendant la grossesse les déplacements de l'utérus, l'état de constipation y disposent surtout les femmes; Hippocrate, Stahl, sont de cet avis; d'autres, au nombre desquels il faut ranger Cullen et Bosquillon, sont d'un avis contraire.

Ces dispositions connues, voyons, continue M. Dupuytren, dans quels cas la maladie doit être abandonnée à elle-même ou combattue par des moyens chirurgicaux.

Il est évident qu'il serait contre toutes les règles de chercher à guérir l'affection hémorroïdale chez les individus affaiblis par une maladie organique des intestins, du foie, et spécialement des poumons. Il est en effet d'observation que, chez certains sujets qui présentaient des signes pathognomoniques de la phthisie, l'action destructive de cette maladie a été suspendue pendant plus ou moins long-temps par la présence des hémorroïdes, et que, par suite de leur suppression inopportune, le mal a repris toute son énergie.

Chez les femmes enceintes, souvent vers les derniers temps de la grossesse, ou par les efforts de l'accouchement, on voit se développer les tumeurs hémorroïdales: elles tiennent, dans ce cas, à une cause évidente et disparaissent avec elle.

Ajoutons encore que lorsque ces hémorroïdes ne sont pas dégénérées dans leur tissu, qu'elles ne donnent pas lieu à

des hémorrhagies, à des pertes abondantes de sérosité purulente qui jettent les malades dans un état d'anémie profonde et caractéristique, les moyens chirurgicaux ne sauraient être conseillés pour remédier aux accidents, ou plutôt aux incommodités qu'elles occasionnent, les antiphlogistiques suffisent pour les dissiper. Mais, dès que la vie des malades peut être menacée prochainement ou de loin, dès que ces incommodités sont assez graves pour exiger un prompt secours, que les hémorroïdes sont dégénérées, les antiphlogistiques ne sont plus suffisants, et nul autre moyen préférable à l'excision, dit M. Dupuytren, ne saurait être mis en usage avec succès. C'est donc de ces hémorroïdes dégénérées, et nécessitant une opération, qu'il sera question dans cet article.

Ces deux sortes d'hémorroïdes, les unes internes, les autres externes, peuvent, ou non, se rencontrer simultanément; elles forment une réunion de tubercules disposés en cercle, soit au-dehors soit au-dedans de l'anus; et cette disposition leur a fait donner, par M. Dupuytren, le nom de *bourrelets hémorroïdaux interne et externe.* L'externe se reconnaît à une rangée circulaire de tubercules lisses et arrondis, d'une couleur brunâtre à l'extérieur où ils sont recouverts par la peau, d'un rouge vif à l'intérieur où la membrane muqueuse forme leur enveloppe. Rarement ulcérés sur leur face externe, ils le sont fréquemment, au contraire, à leur face interne, et donnent lieu à des hémorrhagies plus ou moins abondantes, à des écoulements purulents ou séro-purulents qui tendent à affaiblir les malades.

L'interne, situé au-dessus de l'anus, et souvent étranglé par les sphincters, par suite de son engorgement ou de la chute de la membrane interne du rectum (complication fréquente des tumeurs hémorroïdales) donne lieu aux mêmes accidents, et se reconnaît à la teinte d'un rouge vif des tubercules. Ces deux bourrelets se présentent quelquefois en même temps chez le même sujet.

Les individus atteints de cette maladie marchent avec peine dans les rues; arrêtés à chaque instant par la vivacité des

douleurs, on les voit ou porter les mains à leur derrière, ou s'asseoir sur toutes les bornes, dans le dessein de faire rentrer leur hémorroïdes; quelques uns se frottent dans le même but contre les murailles; mais ces moyens ne leur procurent qu'un soulagement momentané, et le retour des douleurs suit bientôt la nouvelle saillie du bourrelet.

Plus ou moins épuisés par l'abondance et la fréquence des hémorrhagies ou des écoulements séro-purulents, les malades maigrissent, leur peau devient pâle, décolorée, blafarde, semblable à de la cire. Chez deux sujets que nous avons observés, dans le service de M. Honoré à l'Hôtel-Dieu, il y avait au cœur un bruit de souffle extrêmement marqué au premier temps: cette disposition était surtout remarquable chez l'un de ces individus, le bruit du souffle se prolongeait jusque dans les carotides. Ces individus ont l'aspect de sujets épuisés par d'autres hémorrhagies, ou par des suppurations abondantes; ils tombent souvent dans un état de tristesse, de mélancolie profonde; leurs facultés intellectuelles s'affaiblissent, et souvent on les voit attenter à leur vie. Cependant la dégénérescence locale fait des progrès, une affection squirrheuse de l'anus et de la partie inférieure du rectum se déclare, et la mort serait le terme de ces progrès ou le résultat de ces pertes abondantes, si on ne s'y opposait efficacement.

C'est donc alors qu'il faut recourir, dit M. Dupuytren, aux procédés opératoires. Mais à quel procédé donnerons-nous la préférence? Pour obtenir la cure radicale des hémorroïdes, on s'est servi tour à tour de la compression, de la ligature, de la cautérisation, de la rescision et de l'excision.

Discutons successivement la valeur de ces différents moyens. On conçoit qu'on pourrait atrophier, flétrir les hémorroïdes par la compression, mais le lieu ne lui est point favorable; aussi est-elle abandonnée. La ligature, ainsi qu'on l'a vu, a été très anciennement pratiquée : ses inconvénients sont graves puisqu'elle expose à l'inflammation, à des douleurs insupportables, et quelquefois à la mort, comme le célèbre J.-L. Petit en a rapporté un exemple. La cautérisation a été fréquemment mise en usage. D'une utilité incon-

testable quand elle est unie à l'excision, elle causerait d'atroces douleurs et pourrait exposer à de grands dangers, si elle avait lieu sur des tumeurs volumineuses étendues, qui nécessiteraient l'action prolongée du fer incandescent. La rescision a été vantée par plusieurs praticiens. Elle consiste à ébarber avec des ciseaux les tumeurs hémorroïdales; mais il semble qu'un procédé qui expose aux hémorrhagies, qui laisse subsister les tumeurs, et qui provoque l'inflammation, ne peut justifier la préférence qu'on lui a quelquefois accordée Reste donc l'excision, continue M. Dupuytren, que nous employons avec le plus grand succès. Disons maintenant comment elle doit être pratiquée; nous parlerons ensuite de ses inconvénients, de ses dangers et des moyens d'y remédier.

Une fois le diagnostic établi et l'opération décidée, on fait coucher le malade sur le bord de son lit et sur le côté, ou sur les coudes et les genoux, les deux jambes étendues ou, mieux encore, l'une d'elles fléchie fortement sur la cuisse et l'autre étendue. Si le bourrelet est externe, on lui recommande de faire des efforts violents, comme pour aller à la garderobe; de cette manière, il fait saillie; on le saisit avec des pinces à large mors, pendant qu'un aide écarte les fesses, et avec des ciseaux longs, courbes sur le plat, et dont le modèle a été donné par nous, en quelques coups les tubercules sont excisés; cette manœuvre offre peu de difficultés. Nous avons pour règle de conduite, ajoute M. Dupuytren, de n'exciser qu'une portion de la tumeur saillante au-dehors, car si on l'enlevait en totalité, on s'exposerait à de graves hémorrhagies, et à un rétrécissement consécutif de l'anus. En agissant ainsi, on laisse, en apparence, une masse assez considérable à la marge de l'anus, qui pourrait faire croire qu'on n'a point emporté une quantité suffisante du bourrelet; mais avec la cicatrisation tout rentre dans l'ordre, et l'ouverture revient à l'état normal. C'est ce qui arrive également dans l'excision des amygdales.

L'excision du bourrelet hémorroïdal interne est moins facile : pour en déterminer la saillie à l'extérieur de manière à pouvoir le saisir et l'emporter en entier, on doit d'abord

faire placer les malades sur un bain de siége chaud, les engager à faire de grands efforts d'expulsion; dès qu'il est sorti, il faut qu'ils se couchent promptement sur le lit, dans la position recommandée ci-dessus, et que l'opérateur, rapide à le saisir, ne lui donne pas le temps de rentrer, et l'excise aussitôt en entier.

Avant l'opération, M. Dupuytren a coutume de faire prendre un doux laxatif et un lavement; nous verrons plus loin quels sont les motifs de ces précautions.

L'excision n'est pas sans danger et sans inconvénients; mais ces inconvénients sont peu à redouter, et les dangers peuvent être heureusement prévenus par suite des précautions mises en usage.

Le danger est tout entier dans l'hémorrhagie qui peut en être la suite; lorsque le bourrelet est externe, le sang jaillit au-dehors, l'hémorrhagie est aussitôt reconnue, et on l'arrête aisément au moyen de la cautérisation. C'est aussi à la cautérisation avec le fer incandescent qu'il faut avoir recours quand le bourrelet est interne; mais ici l'application du cautère est plus difficile, et l'hémorrhagie pourrait être plus facilement méconnue.

Une fois cet accident déclaré et reconnu, il faut se hâter de faire évacuer le sang contenu dans les intestins, en recommandant aux malades de faire des efforts comme pour aller à la selle, et en administrant aussitôt un lavement froid; ces efforts d'expulsion amènent toujours la plaie au-dehors, et au moyen d'un cautère chauffé à blanc, que M. Dupuytren a fait construire exprès, et qu'il nomme *cautère en haricot*, ou d'un autre qu'il appelle *en roseau*, on cautérise le lieu d'où le sang sort en jet; ce moyen suffit toujours pour arrêter l'hémorrhagie, et jamais, dit M. Dupuytren, je ne l'ai vue suivie d'un effet dangereux. Chaque fois, au reste, que je pratique une de ces opérations, j'ai soin de laisser auprès du malade un aide intelligent, qui, aux premiers indices d'une hémorrhagie, soit interne, soit externe, applique le cautère et prévient tout danger.

M. le docteur Marx, ajoute M. Dupuytren, m'a posé la

question de savoir, si l'on ne devrait pas *cautériser toujours et dans tous les cas, immédiatement après l'opération*, plutôt que de courir les chances d'une hémorrhagie interne, qui présente les graves dangers que nous vous avons signalés. Je le crois, car il résulte de la récapitulation du grand nombre d'extirpations d'hémorroïdes que j'ai faites, tant à l'hôpital qu'en ville, que cette hémorrhagie interne consécutive est survenue chez les deux cinquièmes des opérés qui n'avaient pas été cautérisés; jamais, au contraire, elle n'a eu lieu chez ceux qui l'avaient été. La question serait donc de décider si les inconvénients de la cautérisation l'emportent sur les dangers auxquels les malades sont exposés par suite de l'hémorrhagie. Or, M. Marx m'a fait observer avec justesse qu'on ne saurait établir aucune espèce de parité entre eux; que l'inflammation, la tuméfaction qui se développent après la cautérisation, l'irritation qui se propage au rectum et aux organes urinaires, cèdent généralement aux moyens simples que j'ai indiqués précédemment, et n'ont jamais donné lieu à des suites funestes; que l'hémorrhagie interne, au contraire, met constamment la vie du malade dans un danger imminent. Supposons donc un cas où quelque circonstance n'aura pas permis de secourir à temps un malade pris d'une hémorrhagie interne: il périra, et l'opérateur aura le douloureux regret de n'avoir pas prévenu cet accident par la cautérisation. Enfin, me dit-on encore, puisque cette hémorrhagie survient chez la très grande majorité des individus opérés, et qu'il est impossible de savoir *à priori* si le malade que l'on vient d'opérer sera du très petit nombre de ceux chez lesquels cet accident n'a pas lieu, pourquoi ne pas admettre en principe qu'il faut toujours cautériser? J'avoue que ces considérations me paraissent justes, et qu'elles nous amèneront sans doute à modifier la conduite que nous avons suivie à cet égard jusqu'à ce jour.

Un procédé moins sûr, pour arrêter l'hémorrhagie, est l'introduction dans l'anus d'une vessie de porc, que l'on bourre ensuite de charpie. Quoiqu'elle m'ait réussi dans la première opération de ce genre que j'ai faite, ajoute M. Du-

puytren, je lui reconnais l'inconvénient d'être très incommode aux malades, et d'être presque toujours involontairement expulsée dans des efforts spontanés et provoqués par sa présence.

Les autres accidents de l'excision des bourrelets hémorroïdaux sont bien moins graves et bien moins inquiétants. Il se développe constamment une tuméfaction considérable du tissu cellulaire et adipeux de l'anus; le principal inconvénient de cette tuméfaction est de déterminer une irritation du rectum, par suite de laquelle les malades se trouvent, pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'opération, dans l'impossibilité d'aller à la garderobe; mais le laxatif et le lavement qu'ils ont pris et rendu, la diète sévère à laquelle on les soumet, modèrent singulièrement ce besoin, et ôtent à une constipation de quelques jours ce qu'elle pourrait avoir de fâcheux. Cette tuméfaction peut aussi occasionner une rétention d'urine; mais on possède contre elle des moyens efficaces. Quant à la tuméfaction elle-même, elle cède assez promptement aux applications de sangsues, aux fomentations émollientes, aux bains, etc.

La douleur produite par l'excision est vive mais presque instantanée; et cet inconvénient, inséparable de l'opération la plus légère, ne saurait être mis en balance avec les douleurs et les dangers du mal.

Par suite de l'opération, les malades sont encore exposés à divers accidents qui doivent faire l'objet spécial de l'attention du chirurgien et qu'il est en son pouvoir de leur épargner. On a vu que les sujets affectés de bourrelets hémorroïdaux dégénérés, étaient réduits à un état d'anémie profonde, d'asthénie provoquée par l'abondance et la fréquence des hémorrhagies ou des écoulements séro-purulents. Ces évacuations, auxquelles les malades sont habitués de longue date, ne sont pas subitement arrêtées sans qu'il ne se fasse une réaction sur toute l'économie; un état général de pléthore *artificielle* s'établit, des congestions sanguines ont lieu vers les poumons, le foie, le cerveau, et des affections de ces organes peuvent survenir; souvent les malades sont pris

de syncope, de spasmes, d'étourdissements, et tombent dans un état d'insensibilité alarmante ; leurs artères battent avec une telle violence que l'on serait porté à les croire atteints d'une diathèse anévrismale, si ces pulsations anormales ne changeaient à chaque instant de siége et de forme. Et, chose remarquable, cet état de pléthore coïncide avec une couleur pâle, plus généralement jaune ou terreuse de la peau et surtout de la face, avec une faiblesse particulière du malade.

Des saignées répétées pendant quelque temps, à de courts intervalles, si le sujet est jeune, vigoureux et sanguin, et si les écoulements qui avaient lieu par l'anus étaient sanguins ; l'établissement d'un exutoire, d'un cautère, si ces écoulements étaient de nature purulente ; ces deux moyens combinés, si le cas l'exige ; de légers laxatifs souvent administrés, tels sont les remèdes les plus convenables, tel est le traitement prophylactique le plus rationnel que l'on doit mettre en usage pour prévenir une pléthore dont l'existence peut amener de graves dangers.

Une fois l'excision d'un bourrelet externe faite, la cicatrice qui se forme soit par la constriction du sphincter lui-même, soit par la tension des téguments et des plis rayonnants de l'anus, suffit, dans le plus grand nombre de cas, pour s'opposer efficacement à la sortie du bourrelet interne, et on peut alors se dispenser d'avoir recours à l'excision de ce dernier. Cette seconde excision, du reste, comme celle du bourrelet externe, est ordinairement sans récidive du mal, et les individus sont guéris pour toujours de leur infirmité.

L'excision peut quelquefois être suivie du rétrécissement de l'anus. J.-L. Petit rapporte un exemple où le rétrécissement était tel, qu'il ne permettait qu'avec peine l'introduction d'un canon de seringue. On prévient maintenant cet accident en introduisant dans l'intestin des mèches assez volumineuses et en les renouvelant jusqu'à parfaite guérison.

Arrivons maintenant à l'application des principes émis par M. Dupuytren ; sa pratique particulière et celle de son hôpital vont nous en fournir de nombreux exemples.

Obs. I. — *Excision d'hémorroïdes suivie d'une hémorrhagie interne. — Cautérisation. — Guérison.* — Le nommé Melleville, âgé de trente-six ans, cordonnier; d'une assez bonne constitution, avait des hémorroïdes depuis douze ans; il en rapportait l'origine à son séjour en Champagne, où il avait fait de nombreux excès en vin du pays. Il vint ensuite à Paris où il se livra beaucoup à son travail; ce qui le forçait à rester presque toujours assis. Le flux hémorroïdal revenait depuis quelque temps périodiquement tous les mois et même tous les quinze jours. Pendant l'accès, dont la durée était de plusieurs jours, il s'écoulait par l'anus beaucoup de matière muqueuse et du sang en grande quantité, au point que la santé du malade en fut altérée; car de frais et replet qu'il était, il devint pâle et maigre. Le dernier accès fut plus violent que les autres; les tumeurs hémorroïdales acquirent une grosseur considérable, et donnèrent lieu à un écoulement très abondant de sang; il s'y joignit une inflammation très vive à l'anus, suivie d'une constipation opiniâtre, et d'une rétention d'urine. Le malade saigné deux fois chez lui, et n'éprouvant presque aucun soulagement, se fit recevoir à l'Hôtel-Dieu.

Quand il se présenta à la consultation, il pouvait à peine marcher à cause de sa faiblesse et des douleurs très aiguës qu'il éprouvait à l'anus; ces douleurs étaient produites par un bourrelet hémorroïdal de la grosseur d'un œuf ordinaire, formé de plusieurs hémorroïdes tendues et d'un rouge livide; elles étaient comme étranglées par l'anus, et semblaient être prêtes à tomber en gangrène; le malade du reste était dans un état assez fâcheux; ainsi le ventre était tendu, douloureux à la pression, les urines retenues, la fièvre intense, et la figure un peu décomposée.

Le premier soin fut de mettre le malade au bain, et d'appliquer sur l'anus des compresses trempées dans l'eau de guimauve avec un peu de laudanum. Les douleurs se calmèrent, la rétention d'urine cessa; mais les hémorroïdes ne diminuèrent que fort peu de volume; un autre bain administré, le lendemain de l'entrée, fit tomber encore l'inflamma-

tion des tumeurs; et comme le malade était presque à chaque accès aussi fatigué qu'à celui-ci, on jugea à propos d'exciser ses hémorroïdes dans le double but de faire cesser les accidents et de prévenir de nouveaux accès.

Il n'y avait point de doute qu'avec des sangsues, des fomentations émollientes, des bains, des lavements, le repos et des boissons appropriées, on n'obtînt la guérison de la crise actuelle; mais il était évident qu'un pareil traitement ne pouvait être que palliatif, et que les accidents se reproduiraient à une époque plus ou moins rapprochée, suivant la conduite hygiénique du sujet.

On se demandera peut-être quels inconvénients il y aurait à faire usage du traitement palliatif à chaque retour de crise. C'est la méthode adoptée par beaucoup de médecins; c'est aussi celle que préfèrent un grand nombre de malades qui redoutent l'opération. Il arrive quelquefois, en effet, que les guérisons momentanées reculent le retour des crises et les rendent plus rares; mais plus souvent encore elles se rapprochent, et la santé du malade s'altère visiblement. Ce motif, quelque valable qu'il soit, n'est rien encore en comparaison des effets fâcheux qu'entraîne ordinairement la persistance de la maladie; souvent les bourrelets, tant externes qu'internes, deviennent squirrheux; quelquefois ceux-ci, en se développant, remontent dans le rectum à une hauteur à laquelle on ne peut plus atteindre, et la dégénérescence se propage dans l'intérieur de l'intestin. A ces conséquences fâcheuses, si vous joignez l'état général du sujet qui révèle une atteinte profonde portée à l'économie, vous jugerez comme moi, dit M. Dupuytren, qu'il est nécessaire de pratiquer l'excision dans le cas actuel.

Mais, encore une fois, ne croyez pas qu'en émettant cette opinion, je prétende qu'il faille toujours pratiquer l'extirpation des hémorroïdes; j'ai d'ailleurs indiqué plus haut dans quelles circonstances elles devaient être abandonnées à elles-mêmes ou enlevées par l'instrument tranchant.

Après ces considérations préliminaires, M. Dupuytren ordonne qu'on amène le malade. Il est placé sur un lit, le

ventre appuyé sur un oreiller ; le bourrelet d'hémorroïdes très saillant, le devient encore davantage quand on a engagé le malade à pousser comme s'il allait à la garderobe ; on voit alors très distinctement deux rangées d'hémorroïdes, l'une externe, formée de tumeurs dont la surface était moitié muqueuse et moitié cutanée ; l'autre interne, formée de tumeurs développées aux dépens de la membrane muqueuse du rectum.

L'excision de ces tumeurs est faite avec des ciseaux courbés sur le plat ; on a soin de ménager les hémorroïdes externes, dans la crainte qu'en excisant trop de peau on ne rende l'anus trop étroit. L'excision achevée, il s'écoule du sang en nappe de la surface des plaies ; mais comme il paraît s'arrêter, on ne cautérise pas, pour ne pas augmenter l'inflammation de l'anus sans nécessité.

La cautérisation, ajoute M. Dupuytren, quoique certaine dans ses résultats, a quelque chose d'effrayant pour les spectateurs. Je vous ai entendus plus d'une fois frissonner à l'aspect du fer rouge et du nuage de fumée qui s'élevait des parties brûlées : jugez de l'impression qu'un semblable appareil doit produire en ville sur les amis, les parents des malades, qui ne sont pas comme vous familiarisés avec des tableaux de ce genre. Cependant, dans la crainte qu'il ne survienne une hémorrhagie, nous recommanderons à l'interne de garde de surveiller l'opéré avec le plus grand soin, et d'appliquer immédiatement le cautère si le sang venait à s'épancher dans le rectum. C'est également pour éviter cette terrible complication que j'ai pour principe de ne faire faire le pansement que plusieurs heures après l'opération, parce qu'il serait à craindre que les pièces de l'appareil n'empêchassent le sang de s'écouler au-dehors et ne le fissent ainsi refluer dans la partie supérieure de l'intestin.

L'hémorrhagie externe est facile à reconnaître, on parvient aisément à l'arrêter ; l'hémorrhagie interne, favorisée par la chaleur du lieu, est plus obscure, et beaucoup plus à craindre à cause des obstacles que l'on peut éprouver à la faire cesser.

Le malade dont il est ici question présenta un exemple de

cette hémorrhagie interne; elle s'annonça au bout d'une heure de l'opération par de la tendance à l'assoupissement, par de la faiblesse, des étourdissements, des tintements d'oreille, par de la chaleur et de la tension dans le ventre, surtout dans la région de l'S du colon; le malade avait des ténesmes et des besoins fréquents d'aller à la selle sans pouvoir se satisfaire; il se joignit bientôt à ces signes une grande pâleur avec tremblement général et syncopes fréquentes; le pouls était presque imperceptible, et la peau se recouvrait d'une sueur visqueuse et froide: à ces signes, il était impossible de méconnaître l'hémorrhagie, et elle pouvait devenir mortelle si on ne l'arrêtait sur-le-champ. Je fis donc administrer, comme il avait été dit, deux lavements d'eau froide, dans le but de solliciter le rectum à se contracter, pour chasser le sang et faire saillir les vaisseaux à l'extérieur afin de les cautériser. Le but qu'on s'était proposé fut très bien rempli; le malade rejeta au moins quatre palettes de sang caillé; les points d'où le sang s'écoulait en nappe vinrent près de l'orifice de l'anus et purent être cautérisés avec le fer rouge. La douleur fut des plus vives; mais l'hémorrhagie fut suspendue; des linges chauds et des sinapismes aux jambes ranimèrent le malade. Il se trouva bientôt dans un état meilleur sous tous les rapports; mais il éprouvait toujours de la cuisson à l'anus, de la constipation, et une rétention d'urine.

La cuisson s'expliquait par l'inflammation causée par le cautère; elle diminua chaque jour par l'usage des émollients; la constipation, qui tenait à la même cause, cessa à mesure que l'anus devint moins sensible; une once d'huile de ricin sollicita plusieurs selles qui furent un peu douloureuses, mais qui ne déterminèrent ni inflammation, ni écoulement de sang; la rétention d'urine, causée par l'extension de l'inflammation de l'anus au col de la vessie, nécessita pendant plusieurs jours le cathétérisme; elle se dissipa sous l'influence des fomentations émollientes sur l'hypogastre et des bains tièdes (1).

(1) Observation recueillie par M. Huguier.

Le sujet dont nous venons de faire l'histoire paraît destiné à présenter un ensemble complet de tous les symptômes de la maladie et des suites de l'opération. Par l'effet de la cautérisation il a éprouvé une rétention d'urine qui a nécessité l'emploi du cathétérisme. Après l'évacuation de la grande quantité d'urine que contenait la vessie, il a ressenti de vives douleurs qui n'ont cessé que lorsque l'organe est revenu sur lui-même. Mais déjà l'inflammation et le gonflement déterminés par la cautérisation sont diminués, l'individu est en bon état, et dans quinze jours il sera guéri. Une dernière réflexion sur ce malade. On sait que les individus affectés d'hémorroïdes sont sujets à une constipation opiniâtre; chez celui-ci elle dure depuis plusieurs jours; l'excision, comme il arrive souvent, l'a encore accrue; nous vous ferons remarquer qu'on ne doit provoquer les selles que lorsque l'inflammation est tombée, le gonflement diminué, ou qu'il a même disparu, parce qu'avant cette époque les matières fécales ne pourraient être expulsées sans occasionner de vives douleurs, sans augmenter l'irritation des parties et les déchirer. Ce ne fut donc qu'après ce temps qu'on administra à ce malade des lavements et de doux laxatifs. Le sixième jour de l'opération, tous les accidents étaient dissipés, il allait très bien à la selle et n'éprouvait aucune douleur.

Les tumeurs hémorroïdales laissées à dessein à la marge de l'anus se sont affaissées de jour en jour; la cicatrisation a bien marché, et le malade est sorti guéri le 15 février 1832.

On lui a recommandé de prendre des précautions propres a prévenir une pléthore générale ou même locale, si commune après l'excision des hémorroïdes chez les sujets qui en sont affectés depuis très long-temps; ainsi ils doivent, si le besoin s'en fait sentir, se faire saigner de temps en temps, ou appliquer des sangsues à l'anus.

Obs. II. — *Hémorrhagies déterminées par les hémorroïdes internes. — Opération. — Hémorrhagie consécutive. — Tamponnement. — Guérison.* — Il y a environ quinze ans, un banquier immensément riche, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament bilieux, consulta M. Dupuytren, pour des

hémorroïdes qui étaient la source d'hémorrhagies sans cesse renaissantes. Ces écoulements sanguins l'avaient réduit à un état d'anémie et de faiblesse considérable. Pâle, infiltré, il maigrissait à vue d'œil; il était devenu incapable de se livrer à des travaux de cabinet. Écrire une lettre était pour lui une chose fatigante et presque impossible. M. Dupuytren, après avoir examiné le malade, reconnut l'existence d'un bourrelet hémorroïdal interne, et proposa l'excision, qui fut acceptée avec empressement. Quelques jours après on y procéda de la manière suivante :

Le malade, ayant pris et rendu un lavement, sortit d'un bain de siége pour se coucher sur le bord de son lit; les fesses furent écartées; des efforts violents d'expulsion firent saillir le bourrelet, qui fut saisi avec des pinces à larges mors, et excisé, non sans peine, avec des ciseaux courbes sur le plat. Aucune hémorrhagie externe ne se manifesta. M. Dupuytren ne quitta point le malade; au bout d'un quart d'heure, il le vit pâlir, tomber dans un état de faiblesse de plus en plus prononcée, le pouls devint petit et serré, une sueur froide couvrit son corps; il éprouvait dans l'abdomen un sentiment de chaleur qui remontait incessamment plus haut; à ces signes, M. Dupuytren ne put méconnaître une hémorrhagie interne. Aussitôt il recommanda au malade de se livrer à des efforts d'expulsion, et une grande quantité de sang à peine figé en caillots fut rendue; des injections froides furent inutilement tentées, l'hémorrhagie ne s'arrêtait pas; alors on introduisit dans l'anus une vessie de porc que l'on bourra avec de la charpie; ce moyen réussit parfaitement; mais ce ne fut pas sans peine que l'on parvint à maintenir en place la vessie, que des efforts involontaires d'expulsion tendaient sans cesse à déplacer et déplacèrent plusieurs fois. Cette hémorrhagie affaiblit beaucoup le malade et serait, sans aucun doute, devenue funeste si l'on n'était parvenu à l'arrêter promptement. La guérison du malade fut complète en peu de temps.

OBS. III. — *Bourrelet hémorroïdal.* — *Excision..* — *Hémorrhagie interne.* — *Tamponnement.* — *Guérison.* —

Le banquier dont on vient de lire l'observation avait un frère à Berlin, qui présentait à peu près les mêmes symptômes; ce malade, ayant appris la guérison de son frère, fit écrire à M. Dupuytren. D'après le rapport du chirurgien célèbre de Berlin qui le soignait, M. Dupuytren ne put douter de l'existence d'un bourrelet hémorroïdal, et conseilla l'excision. Mais l'accident arrivé au frère l'avait porté à imaginer un moyen qui pût arrêter efficacement l'hémorrhagie, et obvier par conséquent au plus grave danger qui accompagne cette opération. Il donne donc par écrit les règles à suivre, et conseille la cautérisation avec un cautère en forme de haricot, si une hémorrhagie se manifestait.

Le chirurgien de Berlin ne tint aucun compte de cet avis. Aussitôt après l'opération, il quitta le malade. Peu après son départ, des symptômes d'hémorrhagie interne se manifestèrent, le malade faiblit, pâlit, il survint une sueur froide. Un de ses jeunes frères qui avait été témoin de la première opération, reconnaît la cause du mal : on court après le chirurgien sans pouvoir le trouver; le temps s'écoulait et le danger était imminent; ce jeune frère eut alors la présence d'esprit d'introduire, comme il l'avait vu faire, une vessie de porc dans l'anus, il la bourre de charpie et parvient ainsi à arrêter l'hémorrhagie. Mais la perte du sang avait été si grande que le malade fut très long-temps avant de se rétablir (1).

L'observation qu'on va lire est intéressante sous plusieurs rapports. L'hérédité de la maladie se montre ici de la manière la plus frappante, puisque le grand-père, le père et le fils en sont successivement atteints. La forme que présentent les hémorroïdes n'est pas moins curieuse; comme l'éruption menstruelle, elles reviennent tous les mois durant trois à quatre jours, et sont annoncées par des prodromes. Le flux sanguin établi, le malade voit disparaître les céphalalgies dont il était tourmenté depuis plusieurs années. Les efforts de défécation occasionnent la chute du rectum, complication

(1) Observations recueillies par M. Marx.

assez fréquente. La manière dont le malade réduit ses hémorroïdes est caractéristique, et dans aucun traité elle n'a été dépeinte d'une manière aussi pittoresque. La guérison qui eut lieu après vingt-cinq ans d'infirmité est également digne de considération.

Obs. IV. — *Excision de tumeurs hémorroïdales très volumineuses, dures, ulcérées, existant depuis vingt-cinq ans. — Guérison complète.* — Chalot (Gabriel-Pierre), âgé de quarante-cinq ans, courtier, demeurant rue Saint-Germain-l'Auxerrois, n° 45, vint à l'Hôtel-Dieu pour une infirmité commune dans sa famille; son grand-père, son frère, avaient eu, en effet, des hémorroïdes, et son fils, âgé de dix-neuf ans, commençait à s'en plaindre. D'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez débile, il avait joui jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans d'une assez bonne santé, à l'exception de violents maux de tête, également héréditaires dans sa famille.

Il commença à cet âge à éprouver à l'anus un sentiment d'ardeur, des cuissons, qui furent bientôt suivies du développement de plusieurs petites tumeurs hémorroïdales. Pendant les deux premières années, elles n'augmentèrent que très peu, et ne lui causèrent qu'une légère incommodité. Dans la troisième et la quatrième année, elles prirent un accroissement assez rapide, qu'il attribuait à sa profession fatigante et à la vie peu réglée qu'il menait. Une blennorrhagie qu'il contracta alors parut encore les irriter davantage; elles commencèrent aussi à cette époque à rendre du sang, et il se trouva dès lors débarrassé des maux de tête qui le tourmentaient depuis son enfance.

Les tumeurs augmentèrent graduellement, et avec elles les incommodités dont elles étaient cause. Les écoulements de sang, qui n'avaient lieu d'abord qu'à des intervalles de temps fort inégaux, affectèrent une sorte de périodicité dans leurs retours, et il devint sujet à une *véritable menstruation qui revenait tous les mois* régulièrement, durait deux ou trois jours, et dont plusieurs symptômes précurseurs, tels qu'un malaise général, un gonflement douloureux des hé-

morroïdes, lui annonçaient l'approche. Il se maria, et son nouveau genre de vie plus régulier n'apporta pas d'amélioration dans son état. Lorsqu'il souffrait beaucoup, il prenait des bains, se faisait appliquer des sangsues sur ses hémorroïdes, et se trouvait un peu soulagé. Il faisait encore d'autres remèdes plus ou moins bizarres et insignifiants. Pendant un an, ses hémorroïdes restèrent cachées à l'intérieur. Il lui survint à la même époque un mal au nez très douloureux qui persista plusieurs mois, et la douleur qu'il éprouvait était si vive, qu'il regrettait la rentrée de ses hémorroïdes, auxquelles il l'attribuait.

Cependant elles se montrèrent de nouveau, plus fortes et plus douloureuses. Toutes les fois qu'il allait à la selle, ce qu'il ne faisait qu'avec beaucoup d'efforts, elles sortaient en bloc avec les matières, entraînant une portion de la membrane interne du rectum, et l'anus se resserrant après leur expulsion les étranglait en quelque sorte, et causait de très vives douleurs. Lorsqu'il marchait, de quart d'heure en quart d'heure environ, elles sortaient; alors il était obligé de s'arrêter, de s'asseoir sur des bornes qu'il choisissait bien étroites et anguleuses supérieurement, mettait encore dessus son portefeuille, son mouchoir roulé très serré, et les hémorroïdes étant appliquées et comprimées contre ce corps dur et résistant, il serrait fortement les fesses, s'agitait de diverses manières jusqu'à ce qu'elles fussent rentrées. Alors il marchait librement, ne sentait plus de gêne; il continuait sa route, mais pour s'arrêter bientôt et procéder à la même opération.

Lorsqu'il avait été à la selle, elles retombaient à chaque instant; aussi attendait-il jusqu'au soir; car si par malheur le matin il était forcé de satisfaire à ce besoin, il ne pouvait plus sortir de la journée. Cependant les hémorroïdes, irritées par ces manœuvres, augmentèrent de plus en plus, et arrivèrent au point de ne pouvoir plus rentrer du tout. Elles formèrent dès lors sur le pourtour et à l'intérieur de l'anus un bourrelet circulaire de plus de deux pouces de diamètre, très épais, anfractueux, dur, offrant en plusieurs points des

ulcérations d'où s'écoulait une sanie purulente et sanguinolente. Le malade s'épuisait de jour en jour ; il eût voulu ne prendre aucun aliment pour se soustraire à la nécessité de les rendre.

Tel était l'état dans lequel il vint réclamer les secours de l'art. Il était évident qu'abandonné à sa maladie cet individu périrait. En effet, ces tumeurs dures, ulcérées, n'eussent pas tardé à devenir cancéreuses, si même elles n'avaient pas déjà ce caractère; et les progrès de ce mal, joints à l'épuisement général, eussent bientôt amené sa mort.

De nombreux essais l'avaient bien convaincu que nul remède, soit interne soit externe, ne pouvait les guérir; l'ablation était le seul parti à prendre; il s'y décida avec confiance.

Il fut préparé à cette opération par un bain, un purgatif; un lavement lui fut administré une heure avant pour vider l'intestin. Il fut placé comme pour l'opération de la fistule à l'anus, les fesses fortement écartées, le paquet hémorroïdal en évidence. On lui recommande de pousser en dehors, afin de le rendre plus saillant encore. Pris avec des pinces de Museux, on saisit et on attire une portion de ce bourrelet, et on l'excise le plus avant possible avec des ciseaux courbes sur le plat. On devait s'attendre à une hémorrhagie. On sait en effet que l'extrémité inférieure du rectum est fournie d'un grand nombre de vaisseaux d'un calibre assez gros et bien autrement considérable dans toutes les tumeurs développées dans cette partie. Aussi, à mesure qu'une portion était excisée, on appliquait sur la surface saignante un cautère chauffé à blanc, partie de l'opération certainement la plus douloureuse, mais la seule efficace pour arrêter l'hémorrhagie, et qui a le double avantage d'arrêter le sang et de détruire plus profondément les vestiges du mal. Tout le paquet fut enlevé et cautérisé à quatre fois et en quelques minutes. Le malade passe bien la journée et la nuit; il souffrait peu et ne perdait pas de sang.

Le lendemain, il éprouva une grande difficulté à uriner, qui tenait probablement à la tuméfaction du tissu cellulaire du bassin, si facile à s'enflammer. On fut même obligé de le

sonder. Le quatrième jour, le pouls n'avait plus cette accélération fébrile qu'il offrait depuis l'opération. Le cinquième, il alla à la selle, rendit avec assez de douleurs des matières dures, pelotonnées, avec des stries de sang. Le huitième, le cours de l'urine se rétablit naturellement. Le neuvième jour, des escarres commencèrent à se détacher; le pourtour de l'anus était très rouge et douloureux au toucher. Lotions avec une décoction émolliente. La chute des escarres continuait à se faire, mais comme elle mettait à nu une circonférence de parties en suppuration et partout en rapport avec elles-mêmes, on craignit qu'elles ne contractassent des adhérences et ne produisissent ainsi un rétrécissement de l'anus.

Pour s'opposer à cet inconvénient, on introduisit des mèches enduites de cérat dont on augmenta progressivement le volume. Les plaies se cicatrisèrent peu à peu, et au bout d'un mois elles l'étaient complétement. Mais il restait encore au dedans de l'anus un peu d'engorgement. Le malade prenait de temps en temps des lavements pour aller à la selle, car il était toujours constipé. Enfin, après une convalescence assez longue, vu l'état d'épuisement dans lequel il était, il fut tout-à-fait rétabli, et reprit ses occupations. Nous lui donnâmes le conseil de se faire pratiquer une saignée pour suppléer à l'évacuation dont la nature avait depuis si longtemps en quelque sorte contracté l'habitude (1).

Obs. V. — *Tumeurs hémorroïdales internes. — Opération. — Hémorrhagies consécutives. — Cautérisation. — Guérison.* — M. Ex..., écossais, officier de cavalerie au service de Sa Majesté britannique, célibataire, âgé de quarante ans, d'un tempérament sanguin, éprouvait depuis trois ans de vives souffrances causées par des tumeurs hémorroïdales internes qui sortaient au moindre effort pour aller à la garde-robe. Comme les fatigues de sa profession augmentaient considérablement son incommodité, il vint à Paris consulter M. Dupuytren.

(1) Observation recueillie par M. Jacquemin.

D'après ses conseils, il entra dans une maison de santé, où il fut opéré par ce célèbre chirurgien de la manière suivante: le malade étant couché sur le côté et faisant des efforts comme pour aller à la garde-robe, la fesse supérieure fut soulevée par un aide, l'opérateur saisit, au moyen d'une pince à mors larges et dentelés, chaque tumeur, et de la main droite, armée de ciseaux courbes bien tranchants, il en fit successivement l'excision. Ces tumeurs, au nombre de trois, peu volumineuses, ne donnèrent lieu qu'à un faible écoulement de sang; M. Dupuytren pensa que la cautérisation n'était point indispensable. Un aide fut chargé de rester auprès de l'opéré, qui se trouvait dans un calme parfait. Cinq heures s'étaient écoulées depuis l'excision, lorsque tous les symptômes caractéristiques de l'hémorrhagie du rectum se manifestèrent: anxiété, frissons, envie de vomir, sueur froide, ralentissement du pouls, contraction convulsive des membres, angoisses inexprimables, vertiges, syncope; le ténesme augmentant, le malade se présenta à la garde-robe et l'expulsion d'une grande quantité de sang en partie coagulé, produisit un soulagement marqué; un lavement froid fut administré, ainsi que M. Dupuytren l'ordonne en pareil cas; il fut aussitôt rendu et remplacé par un autre qui fut gardé quelque temps. Cependant au bout d'une heure, les accidents reparurent avec encore plus d'intensité que la première fois; ils produisirent une démoralisation complète du malade, qui demanda un notaire et s'empressait de faire ses dispositions dernières, résolu qu'il était d'attendre une mort qu'il croyait inévitable, plutôt que de se prêter à une cautérisation dont il voyait les apprêts. Ce n'était pas le cas de céder à ses instantes prières: MM. les docteurs Caillard et Marx prirent sur eux la responsabilité de l'espèce de violence qu'il fallait exercer pour le sauver malgré lui. On s'occupa du soin de le contenir, et l'on peut bien imaginer qu'il n'était pas facile d'opérer la cautérisation dans de pareilles circonstances. Cependant à l'aide d'un spéculum fenêtré, introduit par l'anus et tourné sur tous les points de la circonférence de l'intestin, on put découvrir les endroits qui fournissaient le sang, et en arrêter l'écoule-

ment par l'application d'un cautère recourbé à son extrémité, terminé en forme de haricot et chauffé à blanc. Le sang cessa de couler, les symptômes alarmants se dissipèrent; l'inflammation qui résulte de la cautérisation et la dysurie qui l'accompagne ordinairement, cédèrent bientôt à l'emploi des cataplasmes, des lavements et des bains de siége; une mèche fut maintenue dans le rectum, et au bout de quelques jours le malade était parfaitement guéri (1).

Le peu d'étendue des tumeurs hémorroïdales était un motif pour ne point recourir à l'application du feu, toujours si effrayant pour les malades; l'hémorrhagie qui survint fut sans doute favorisée par le tempérament sanguin du malade, la cautérisation obtint le succès accoutumé, mais il fallut employer la force pour sauver le malade. Ce point de thérapeutique est fort délicat, car si le patient vient à succomber, on attribue sa mort à la frayeur qu'il a ressentie. Nous ne croyons pas cependant qu'on doive hésiter en pareille circonstance, lorsque la conviction est profonde.

Obs. VI. — *Hémorroïdes internes et externes. — Hémorrhagies. — Ablation. — Cautérisation. — Guérison.* — Un homme, âgé d'environ quarante-sept ans, d'une petite stature, d'un tempérament sanguin, vint à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'hémorroïdes externes et internes dont il était affecté depuis quinze ans. Ces tumeurs étaient tellement douloureuses qu'il ne pouvait se livrer à un exercice un peu violent, ou faire une course d'une certaine longueur, sans que les hémorroïdes internes ne fissent saillie au-dehors, et ne se trouvassent aussitôt irritées par le frottement des habits. Il en résultait des inflammations répétées, un écoulement tantôt sanguin, tantôt purulent, d'autres fois l'un et l'autre en même temps; l'acte de la défécation était aussi pour ce malheureux un supplice continuel.

Fallait-il, dans la crainte des accidents qui suivent parfois l'excision des hémorroïdes, laisser le malade en proie à sa dégoûtante infirmité? Mais l'inflammation renaissante des tu-

(1) Observation recueillie par M. Marx.

bercules hémorroïdaux devait en amener la dégénérescence ; il était d'ailleurs à peu près certain que le flux sanguin et purulent épuiserait la constitution du malade, et que les douleurs qu'il éprouvait hâteraient cette terminaison fâcheuse. Il n'y avait pas à balancer : l'opération était indiquée, car les dangers qu'elle présentait n'étaient pas inévitables, tandis que ceux qui résultaient de la dégénérescence conduisaient nécessairement à la mort.

L'opération fut donc résolue, et le malade y fut préparé par tous les moyens propres à en assurer le succès.

Une saignée générale fut pratiquée afin de prévenir la violence de l'inflammation qui devait suivre l'excision des hémorroïdes ; un vésicatoire fut appliqué au bras, pour détourner les dangers qui suivent quelquefois la suppression trop brusque d'un exutoire naturel ; enfin le malade fut tenu à une diète légère, et, la veille de l'opération, on eut soin de vider exactement le canal intestinal à l'aide d'un purgatif.

Ces précautions prises, le malade fut conduit à l'amphithéâtre, et là, avant l'opération, M. Dupuytren fit encore remarquer l'aspect des tumeurs et la nécessité d'en débarrasser le sujet.

Un bourrelet composé de sept ou huit tubercules brunâtres en dehors, d'une couleur plus claire en dedans, bordait circulairement et extérieurement le pourtour de l'anus. Lorsque le malade était couché, et qu'il ne faisait aucun effort, tous les tubercules étaient groupés de manière à former une tumeur bosselée, brunâtre et du volume d'une grosse noix.

Lorsque, au contraire, le malade contractait les muscles abdominaux ou poussait comme pour expulser une selle, le bourrelet hémorroïdal externe s'entr'ouvrait et laissait voir un second bourrelet circulaire, formé également de sept ou huit petits tubercules, mais d'une couleur différente de celle des précédents, car ils étaient uniformément rosés, et recouverts, dans toute leur étendue, par la membrane interne du rectum.

Après avoir fait remarquer ces différentes circonstances, M. Dupuytren ordonne au malade de se placer sur le lit, de

s'y coucher sur le ventre, et de faire des efforts comme pour aller à la garde-robe. Leur résultat fut de faire saillir au-dehors le bourrelet hémorroïdal interne, et de permettre ainsi de saisir, à l'aide d'une pince à disséquer, chacun des tubercules qui le composaient, et de les exciser. On fit la même chose pour le bourrelet externe, et immédiatement après on porta un cautère chauffé à blanc sur les points saignants de la plaie.

Le malade fut reconduit à son lit, et quelques heures après on introduisit dans l'anus une mèche d'un petit calibre et enduite de cérat. Il ne put la garder que fort peu de temps. Dans la journée, il eut des coliques passagères. (Diète, boissons délayantes, looch le soir.)

Le lendemain, les coliques sont plus vives et plus longues; le pourtour de l'anus est tuméfié, douloureux; le malade éprouve de la difficulté à rendre les urines; mouvement fébrile. (Saignée du bras, boisson délayante, looch.)

Les troisième, quatrième, cinquième et sixième jours de l'opération, les douleurs vont en diminuant; les urines sont rendues librement, le mouvement fébrile a disparu; l'appétit commence à se faire sentir; on accorde quelques aliments.

Le septième jour, le malade ne s'est pas encore présenté à la garde-robe depuis l'opération : on lui administre une once d'huile de ricin, et quelques heures après le cours du ventre se rétablit; cinq ou six selles ont lieu dans la journée; elles sont toutes accompagnées d'excessives douleurs à l'anus, et cependant, après chacune d'elles, le malade éprouve un soulagement marqué.

Le jour suivant il va librement et naturellement à la selle; les coliques deviennent de plus en plus rares; le douzième jour elles reparaissent avec violence; elles sont suivies de dévoiement. La cause en est inconnue. (Boissons gommeuses.) Le lendemain, même état. (Thériaque, une once.) Le quatorzième jour le dévoiement cesse, et avec lui les coliques ont disparu. (Potage au riz.)

Le quinzième jour, le malade est très bien; on lui accorde la demi-portion d'aliments. Il est radicalement guéri de ses

hémorroïdes, et le pourtour de l'anus reste libre, quelque position qu'il prenne. La défécation s'exécute sans peine. L'individu quitte l'hôpital complétement débarrassé de son incommodité (1).

Toutes les observations ont leur genre d'intérêt; celle qui précède offre des particularités relatives aux accidents qui résultent de la présence des hémorroïdes, à la disposition qu'elles affectent, et au mode de guérison.

Parmi les accidents qui succèdent à l'excision des bourrelets hémorroïdaux, nous avons vu qu'un des plus fréquents et des plus redoutables était l'hémorrhagie.

Outre les caractères communs à toutes les hémorrhagies qui ont lieu dans une cavité muqueuse, et qui appartiennent aussi à l'hématurie et à l'hématémèse, l'hémorrhagie rectale présente des signes particuliers qui la distinguent de toutes les autres. Ce n'est ordinairement que quatre ou cinq heures après l'excision que ces signes apparaissent. Le malade, inquiet, s'agite dans son lit; il se plaint, quelquefois il éprouve un sentiment de chaleur qui parcourt l'intestin en remontant; ou bien il ressent des coliques, et toujours un sentiment douloureux particulier, une sorte de ténesme. Le ventre acquiert de la sensibilité, surtout vers le flanc et la fosse iliaque gauches. La respiration est pénible, entrecoupée; le pouls, d'abord intermittent, irrégulier, devient petit et fréquent. La peau se décolore; le visage se couvre d'une sueur froide. A l'inquiétude que le malade témoigne succède bientôt le désespoir, et il l'exprime par des discours sinistres. Le plus souvent se joignent à l'anxiété, des rapports, des envies de vomir ou des vomissements, des contractions convulsives des membres et des vertiges. L'intestin vient-il à se débarrasser du sang épanché dans sa cavité (et la quantité en peut être très considérable), un soulagement immédiat se manifeste, et amène la fin des accidents. Il ne reste plus alors qu'une fatigue extrême. Il faut se hâter de profiter de ce moment de rémission pour arrêter efficacement le sang, au-

(1) Observation recueillie par M. Paillard.

trement les mêmes symptômes se reproduisent bientôt, mais avec une énergie plus effrayante. Rien alors n'est comparable aux angoisses, à la démoralisation des malades : leurs traits se décomposent ; la mort, ce mot désespéré, est le seul qu'ils prononcent, et ils semblent bien plus l'invoquer qu'appeler contre elle des secours. Il faut, dans ces circonstances, beaucoup de fermeté pour en imposer au malade, aux assistants effrayés, et beaucoup de sang-froid pour arrêter sans retour des accidents qui amèneraient promptement une catastrophe.

Deux moyens hémostatiques se présentent : ce sont la compression et le cautère actuel.

J.-L. Petit a beaucoup fait pour la compression en imaginant son double tampon. Avait-il à exciser des hémorroïdes internes, il provoquait la sortie des tumeurs, puis il introduisait par l'anus son premier tampon ; il retranchait les hémorroïdes, et plaçait alors son second tampon ; fixait, comme on sait, l'un par l'autre, et assujettissait le tout par un bandage. Ce célèbre chirurgien était après cela si rassuré contre la crainte d'une hémorrhagie, qu'à l'aide de cette précaution il ne redoutait pas d'être demandé pour cet accident consécutif.

Desault et M. le professeur Boyer ont depuis perfectionné ce moyen en le simplifiant. Un des inconvénients de l'une et l'autre méthode, c'est que, l'orifice anal étant bouché, si la compression n'est pas exacte, le sang peut continuer à couler dans le rectum. Un autre inconvénient encore, c'est qu'il faut retirer ces appareils compressifs pour que le malade puisse aller à la selle.

M. Lemaire pense qu'on pourrait faire quelque chose d'utile en modifiant la compression de la manière que je vais dire.

Soit une canule en gomme élastique longue de quatre à cinq pouces, dont le cylindre interne égale le diamètre d'une grosse plume à écrire. Cette canule librement ouverte en haut, s'ouvrant ou se bouchant en bas à volonté, présenterait à six lignes au-dessous de l'orifice supérieur une rainure circu-

laire étroite et assez profonde pour permettre, au moyen d'un fil, de fixer solidairement une chemise en toile qui serait ensuite renversée sur elle-même. L'instrument ainsi disposé serait placé dans le rectum au-dessus de la plaie causée par l'excision. La chemise serait enfin remplie de charpie ou d'agaric, de manière à exercer une compression convenable, et le tout serait fixé par un bandage en T.

On voit que M. Lemaire ne fait qu'appliquer au rectum un moyen emp[illegible]r M. Dupuytren avec beaucoup de succès contre les hémorrhagies de la vessie.

Par la canule ouverte, on s'assurerait facilement que le sang ne s'écoule plus dans l'intestin; on pourrait administrer des lavements froids ou légèrement astringents, et si le malade éprouvait le besoin d'aller à la selle, les excréments, délayés à l'aide d'un lavement émollient, seraient rendus par la canule, dont on pourrait même augmenter le diamètre.

De quelque procédé qu'on se serve pour opérer le tamponnement, il est à craindre qu'il manque son but, parce que la compression s'exerce sur des parties qui cèdent facilement, et cette propriété n'a pour ainsi dire pas de bornes, puisqu'on a retiré jusqu'à huit livres de fèces accumulées dans le rectum.

M. Dupuytren, auquel une grande expérience a appris la valeur de tous les moyens, donne, comme nous l'avons déjà dit, dans tous les cas la préférence au cautère actuel.

Le volume des tumeurs n'apprend rien sur l'imminence de l'hémorrhagie après l'excision : aussi faut-il être dans tous les cas sur ses gardes. Le chirurgien ne doit pas non plus tirer sa sécurité du peu d'écoulement de sang qui suit cette opération : on sait qu'il se manifeste alors un resserrement spasmodique, et que ce n'est que plusieurs heures après que l'hémorrhagie se déclare. On ne saurait donc trop répéter qu'elle peut devenir promptement mortelle, et que la vie du malade dépendra de la promptitude et de l'efficacité des secours. Le chirurgien doit être là, ou bien il faut dans celui qui le remplace une vigilante expérience et beaucoup de sang-roid. On cite en effet des cas malheureux où l'incurie et l'i-

gnorance de l'aide ont été funestes aux malades, et préjudiciables à la réputation du maître.

Quand le sang vient à la suite de l'excision des tumeurs externes, la source en est facilement découverte, et l'application du fer chauffé à blanc l'a bientôt tarie.

Si l'hémorrhagie au contraire provient de l'excision d'hémorroïdes internes, il est bien plus difficile d'agir sur les vaisseaux ouverts; on y parvient cependant à l'aide d'un *spéculum* largement fenêtré qu'on introduit dans le rectum et auquel on fait exécuter des mouvements de rotation, ayant soin avec un cautère de toucher les points par lesquels on voit que l'écoulement a lieu.

Lorsque les tumeurs sont situées à une certaine profondeur, M. Dupuytren cautérise immédiatement après l'excision, dans le dessein de prévenir une hémorrhagie dont il serait peut-être difficile de se rendre maître.

Un inconvénient consécutif de l'excision, c'est le rétrécissement possible de l'anus. J.-L. Petit rapporte un exemple où ce rétrécissement était tel, qu'il ne permettait qu'avec peine l'introduction d'un canon de seringue. M. Boyer, pour remédier à un cas de ce genre, a été obligé de débrider l'anus à droite et à gauche.

C'était sans doute pour éviter ce rétrécissement, qu'Aétius recommandait de placer dans les plaies du rectum de l'éponge préparée à la ficelle.

De nos jours, on prévient cet accident en introduisant dans l'intestin des mèches assez volumineuses, et les renouvelant jusqu'à parfaite guérison.

Il y a des praticiens qui ne veulent pas que l'on place une mèche immédiatement après l'excision : il semble cependant qu'il est préférable d'accoutumer de suite le rectum à cette sorte de compression, avant que l'inflammation n'en puisse rendre l'emploi plus douloureux. Cela conviendrait mieux que de détruire avec le doigt (comme on l'a dit encore) les brides qui pourraient se former. Les hémorroïdes peuvent encore déterminer la chute du rectum, affection qui dépend quelquefois de l'invagination d'une portion de l'intestin. Cette

particularité mériterait de fixer l'attention du chirurgien, surtout s'il se décidait à l'excision. On a souvent vu le retranchement d'un bourrelet hémorroïdal guérir cette double affection.

Terminons ce qui est relatif aux hémorroïdes par l'observation suivante.

Obs. VII. — *Hémorroïdes anciennes excisées. — Guérison.* — Pasquier (Pierre-Jacques), âgé de quarante-sept ans, porteur à la halle, entra à l'Hôtel-Dieu, le 17 février 1825, pour y être traité d'hémorroïdes dont il est affecté depuis longues années, et qui sont devenues externes il y a quinze ans. La sortie de ces tumeurs fut causée par des efforts faits pour aller à la selle ; un médecin appelé les fit rentrer par pression ; mais à dater de ce moment elles sont ressorties souvent pendant la défécation, et sont devenues pour le malade une source d'incommodités et de douleurs continuelles. En effet, ces tumeurs incessamment irritées par la marche, par le contact de l'air et des vêtements, versent une plus ou moins grande quantité de mucosités sanguinolentes ou de sang pur ; les malades sont obligés, s'ils sortent de chez eux, de s'arrêter fréquemment pour les faire rentrer, et souvent sans y parvenir ; des douleurs très vives, quelquefois l'épuisement causé par des hémorrhagies répétées, et chez d'autres par l'issue trop répétée de ces tumeurs, leur permanence au-dehors, leur dégénération en cancer, sont autant d'accidents qui peuvent survenir si l'on n'y porte remède ; les sangsues, les calmants amènent la cessation des douleurs, les astringents sont presque toujours nuisibles. Quelquefois abandonnées à elles-mêmes, les hémorroïdes se flétrissent dans la vieillesse ; mais le plus sûr moyen de guérir est d'en faire l'excision, sans perdre de vue qu'elles sont le siége d'une fluxion utile, soit irrégulière, soit périodique. On doit donc après l'excision suppléer à leur défaut par des applications de sangsues, à certaines époques, ou de petites saignées.

19 février, on fait l'excision de celles que porte le malade ; elles forment un bourrelet circulaire de deux pouces d'épais-

seur, revêtu au-dehors par la peau, en dedans par la membrane du rectum renversé ; le bourrelet résulte de la réunion d'une multitude de tubercules, les unes hémorroïdes externes, les autres hémorroïdes internes sorties; il fournit des mucosités sanguinolentes et puriformes. M. Dupuytren fait placer le malade sur le bord droit de son lit, et couché sur le côté gauche; un aide soulève la fesse droite ; le bourrelet hémorroïdal est saisi à l'aide de pinces à disséquer, et leur base est embrassée par les branches de ciseaux courbés sur le plat. Au moment de l'excision, un peu de sang sort, non pas des vaisseaux ouverts, mais d'une cavité de l'une des hémorroïdes qui en contenait surtout sous forme de caillots. De quelle nature sont ces cavités ? On doit les regarder comme veineuses ; quelquefois cependant elles sont accidentelles, quand il y a déchirure des hémorroïdes. En incisant leur tissu on reconnaît qu'il contient des veines dilatées remplies de sang concret et des cavités tapissées par une membrane analogue à celle des veines, et qui communiquent avec ces vaisseaux par des orifices plus ou moins étroits. Le soir, pesanteur peu prononcée vers l'anus, envies d'aller à la selle, cependant pas d'hémorrhagie ; les jours suivants, aucun autre accident qu'un peu d'inflammation, qui tuméfie les débris des hémorroïdes ; ils rentrent peu à peu, et le malade sort le 28 février, guéri de son incommodité (1).

2° DE LA CHUTE DU RECTUM.

Les maladies chirurgicales, dit M. Dupuytren, exigeront toujours des opérations sanglantes ou des méthodes de traitement plus ou moins douloureuses ; mais l'art aura fait un véritable progrès chaque fois qu'un procédé se trouvera simplifié. Il y a quelques années, M. Boyer est parvenu à guérir à l'aide d'incisions les fissures à l'anus. La procidence de la membrane muqueuse du rectum, affection sinon des plus graves, du moins des plus incommodes, n'a-

(1) Observation recueillie par M. Laugier.

vait été combattue jusqu'à nos jours que par des moyens pour la plupart impuissants, ou dont les effets étaient simplement palliatifs. Nous sommes parvenu à la guérir complétement par un procédé opératoire dont l'exécution est aussi simple que ses résultats sont assurés. On sait que cette maladie, plus commume dans l'enfance et dans la vieillesse qu'aux autres époques de la vie, consiste dans le renversement de l'intestin, dont la partie supérieure s'invagine dans la partie inférieure jusqu'au niveau de l'anus, et que ce renversement se continuant au-dehors, fait une saillie variable de deux, quatre, cinq et même six pouces. En général, cette chute de l'intestin a lieu toutes les fois que les malades vont à la garde-robe, et chez d'autres, quand ils restent longtemps debout. Cette disposition de l'organe paraît souvent coïncider avec une constitution faible, molle, lymphatique et hémorroïdale.

L'un des moyens de traitement qui ont dû se présenter les premiers à l'esprit, est sans nul doute la réduction de l'intestin lorsqu'on n'a pu s'opposer à sa sortie; elle s'exécute assez facilement dans quelques cas, mais il n'en est pas toujours ainsi; quelquefois la tuméfaction des parties est si grande et le sphincter revient si fortement sur lui-même, qu'il étrangle l'intestin, et que des secours urgents deviennent nécessaires. Celui-ci, déplacé, est alors doublé et triplé de volume; il prend une couleur rouge violacée, ecchymosée, et quelquefois il est menacé de gangrène dans une partie plus ou moins considérable. C'est dans ces cas que la réduction doit en être opérée immédiatement et de la manière suivante : le malade sera couché sur le ventre, le bassin soulevé par un ou deux oreillers, de telle sorte que l'anus se trouve à la partie la plus élevée du tronc. Après avoir enveloppé la tumeur de linges mouillés, dans toute sa longueur, et placé une compresse au centre de son extrémité externe, on presse doucement sur sa base pour en diminuer le volume, et avec le doigt on la repousse peu à peu vers l'intérieur. La réduction commence ainsi par la partie qui est sortie la dernière. Si cette réduction ne peut se faire, quelques personnes

conseillent de pratiquer des scarifications; mais, comme celles-ci déterminent des plaies et par suite des inflammations du gros intestin, on conçoit qu'on doit s'en abstenir autant que possible. Il en est de même des sangsues, dont l'application peut occasionner des hémorrhagies internes ou externes et des ulcérations intestinales.

Lors même qu'on parvient à opérer la réduction, la disposition qui a donné lieu à l'issue de l'intestin n'en persiste pas moins; aussi ce moyen, qui doit être considéré comme palliatif, et dans quelques cas comme préservatif d'accidents graves, ne saurait être employé dans aucune circonstance comme curatif.

Les lotions et les bains froids ont été aussi mis en usage comme moyen curatif, dans le but de renforcer l'action des sphincters et de s'opposer à la chute de l'intestin. Les bains froids réussissent en effet quelquefois, mais ils exigent beaucoup de temps, de constance, et font éprouver des sensations très désagréables que tous les malades ne peuvent pas supporter, et qui ne permettent pas de les continuer. Les lotions astringentes, la compression faite avec une éponge recouverte d'un linge fin et soutenue par un bandage en T, ou par un bandage mécanique plus ou moins compliqué, les suppositoires de diverse nature, etc., etc., quelquefois suivis de succès chez les enfants après un certain temps, échouent cependant maintes fois et principalement chez les adultes et les viellards. Il faut donc, dans ces cas, avoir recours à l'opération, l'excision du bourrelet ou d'une portion seulement du bourrelet qui fait saillie, et des hémorroïdes qui peuvent exister sur la surface muqueuse. Mais cette excision, ajoute le professeur, dont plusieurs praticiens, et entre autres Sabatier, ont eu à se louer, expose à des accidents et particulièrement à une hémorrhagie qui peut devenir grave et qui a été quelquefois mortelle. L'ablation d'une plus ou moins grande portion de ce bourrelet muqueux et des boutons hémorroïdaux, suivie de la cautérisation avec un cautère ordinaire rougi au feu, indépendamment de la vive douleur qu'elle produit, pourrait déterminer une inflamma-

tion violente et plus ou moins fâcheuse de l'intestin et du col de la vessie.

Ces considérations ont engagé M. Dupuytren à rechercher un nouveau mode de traitement qui, dégagé des inconvénients des méthodes anciennes, offrît plus de certitude dans ses résultats; et il a imaginé, il y a quelques années, un procédé ingénieux que nous allons faire connaître, après une courte description de la disposition anatomique des parties.

La peau qui recouvre la marge de l'anus est plus mince et autrement colorée que celle des autres parties du corps; elle contient des cryptes muqueux en grand nombre, qui sécrètent une matière huileuse d'une odeur particulière. Cette peau forme des plis saillants, séparés par autant de rainures qui convergent de la circonférence de la marge vers le centre de l'anus; ces plis s'engagent dans l'anus lui-même, et y sont d'autant plus nombreux et saillants que celui-ci est plus resserré; ils disparaissent ou s'effacent quand il est dilaté; l'on conçoit que leur usage est de faciliter la dilatation de l'anus et de favoriser l'excrétion des matières fécales. Au-delà de la peau, est une couche de nature fibro-celluleuse, au-dessus le sphincter externe, au-dessus encore le sphincter interne, deux organes constitués par des fibres circulaires et de nature musculeuse.

La structure anatomique des parties étant connue, voici en quoi consiste le procédé de M. Dupuytren : Le malade est couché sur le ventre, la partie supérieure du tronc et la tête basses; le bassin, au contraire, fort élevé à l'aide d'un ou de plusieurs oreillers: on écarte les cuisses et les fesses pour mettre en évidence la marge de l'anus lui-même. L'opérateur, la main gauche armée d'une pince à dissection, à mors larges, afin de causer moins de douleur, saisit successivement, à droite et à gauche et même en avant et en arrière, deux, trois, quatre, cinq ou six de ces plis rayonnants, quelquefois effacés ou plus ou moins saillants; de la main droite, et avec des ciseaux courbes sur le plat, il enlève chaque pli à mesure qu'il est soulevé; l'excision doit être prolongée

jusqu'à l'anus, et même au-dedans, pour que l'action s'étende au-delà de l'ouverture : on pourrait porter l'excision à la hauteur d'un demi-pouce, si le relâchement était très considérable, mais il suffit ordinairement de ne la porter qu'à quelques lignes. Si le relâchement est médiocre, on enlève un, deux ou trois plis de chaque côté ; s'il est très grand, on fait l'excision d'un plus grand nombre de plis.

Cette opération, qui est peu douloureuse et qui n'offre aucun inconvénient, n'est pas suivie d'hémorrhagie, car des vaisseaux cutanés pourraient seuls fournir du sang, et on intéresse tout au plus les extrémités des artères hémorroïdales. Si cependant l'on portait l'excision à une grande profondeur, on conçoit que les hémorroïdales internes pourraient donner lieu à un écoulement sanguin.

Les conséquences de cette opération se déduisent facilement de la disposition anatomique des parties : il y a une dilatabilité excessive de l'anus ; on se propose de la faire cesser en retranchant un des tissus qui entrent dans sa composition et en raffermissant les autres ; on atteint ce double but par l'excision de la peau et par l'inflammation qui en est la suite. La cicatrice qui se fait à la fois par le rapprochement des bords des plaies et par la formation d'un tissu accidentel, rétrécit évidemment l'anus. On a substitué par ce moyen une peau accidentelle, adhérente, d'une nature intime, à une peau dont les adhérences étaient extrêmement lâches. L'inflammation qui arrive, d'ailleurs, à la suite de cette opération si simple, se propageant un peu plus haut dans le tissu cellulaire sous-muqueux du rectum, contribue à augmenter l'adhérence de la muqueuse avec la tunique charnue.

Aucun pansement n'est nécessaire : la douleur détermine instantanément une vive contraction des sphincters ; l'inflammation se communique bientôt des points incisés au tissu cellulaire et aux sphincters. Ordinairement les malades ne vont pas à la selle dans les premiers jours ; l'inflammation ne tarde point à tomber, les sphincters se relâchent momentanément pour le passage des matières fécales, mais ils sont prêts à se contracter au moindre effort ; la cicatrisation s'o-

père en quelques jours, et alors les excréments n'agissent plus sur les parties ulcérées, l'ouverture est diminuée, et la guérison constante. M. Dupuytren a employé ce procédé pour la première fois, il y a plus de dix ans, et depuis, il l'a mis en usage un très grand nombre de fois, et toujours avec le même succès; il n'a observé de récidive que dans un cas où l'opération, de son aveu, avait été faite d'une manière incomplète, à cause de l'indocilité, des cris et des efforts de l'enfant sur lequel elle était pratiquée. L'invention de ce procédé lui appartient, sans contredit. Celui qui a été employé par Hey (*pratical observations*) pour guérir un malade atteint d'hémorroïdes, compliquées de la procidence de la muqueuse anale, en diffère sous plusieurs rapports essentiels. On voit, en effet, dans les observations rapportées par ce chirurgien et par ceux qui ont imité sa conduite, que ce n'est qu'accidentellement que ces malades ont été guéris de la procidence du rectum, par une opération qui était exclusivement dirigée contre les hémorroïdes, et qui ne peut être appliquée dans le cas où la procidence est un effet consécutif de l'affection hémorroïdale. Le procédé, au contraire, de M. Dupuytren s'applique surtout au cas de chute du rectum sans complication d'hémorroïdes. Le professeur est convaincu qu'il n'y a que l'excision de la marge de l'anus qui puisse débarrasser les malades de leur dégoûtante infirmité.

Obs. I. — *Chute avec renversement du rectum. — Opération. — Guérison.* — Un jeune enfant de trois ans (Gustave Brioude), fut ramené de nourrice chez ses parents à l'âge de vingt-un mois. Sa mère ne tarda pas à s'apercevoir que dès que son enfant allait à la selle ou faisait quelques efforts, son fondement sortait au-dehors, et formait un bourrelet saillant autour de l'anus. La nourrice interrogée sur l'époque depuis laquelle existait cette incommodité, prétendit ne l'avoir jamais observée tant que l'enfant avait été chez elle. Le rectum ne rentrait pas complétement après la défécation, la plus douce pression suffisait pour le mettre en place. La mère de l'enfant se borna long-temps à ce seul soin, mais comme le renversement augmentait et qu'elle éprouvait plus

de difficulté à le faire disparaître, le jeune Gustave fut conduit à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, nº 36, le 1er mai 1833.

C'était un enfant bien conformé, de constitution un peu lymphatique, d'une intelligence très développée, jouissant d'une bonne santé ; mais chaque fois qu'il allait à la selle, qu'il toussait un peu fort ou faisait quelques efforts, le rectum ressortait au-dehors, formait entre les fesses une tumeur de forme arrondie du volume d'un petit œuf de poule, de couleur rouge livide, présentant plusieurs circulaires, et à sa partie inférieure une fente allongée de devant en arrière, par où sortaient les matières stercorales.

Cette tumeur avait un aspect muqueux et sa surface fournissait une matière muqueuse à peine teinte de sang. Elle était molle au toucher, indolente à la pression. Lorsqu'on portait le doigt sur cette tumeur il était bientôt arrêté par un cul-de-sac qui ne lui permettait pas de pénétrer au-delà de quelques lignes. La pression exercée sur la tumeur la faisait rentrer ; mais le moindre effort pour aller à la selle la reproduisait. Cet enfant fut baigné, et comme il était en parfaite santé, M. Dupuytren ne différa pas la petite opération qu'il a inventée pour remédier à cette incommodité dégoûtante et parfois dangereuse.

L'enfant fut placé sur un lit les fesses écartées avec des pinces à ligatures. M. Dupuytren, après avoir réduit la tumeur, saisit une portion de peau de la marge de l'anus, la souleva, et excisa le pli qu'il avait formé en prolongeant son incision, jusque sur la muqueuse du rectum ; il fit ainsi quatre incisions, deux latérales, une antérieure et l'autre postérieure. Il n'y eut que très peu de douleurs, sans écoulement de sang. Un léger appareil fut appliqué pour empêcher le rectum de sortir au-dehors, et l'enfant replacé dans son lit y fut aussi gai que de coutume. Il ne survint aucun accident dans la première journée ; l'enfant dormit pendant la nuit, le soir du lendemain il y eut une selle de matières solides ; le rectum ne sortit pas. Le troisième jour il y eut deux selles, mais la tumeur ne se reproduisit plus. Il ne survint que très peu d'inflammation autour de l'anus, à tel point que l'enfant

ne souffrait pas en allant à la selle ; aussi sa mère demanda-t-elle à l'emmener le 9 mai, ce qui lui fut accordé avec la recommandation de le reconduire sous trois jours.

Il fut, en effet, présenté le 21 mai à M. Dupuytren, et quoiqu'il eût du dévoiement depuis plusieurs jours l'intestin ne sortait point lorsqu'il allait à la garde-robe (1).

Obs. II. — *Chute avec renversement du rectum. — Opération. — Guérison. — Chute de la matrice.* — La nommée Auger, porteuse d'eau, âgée de cinquante-huit ans, fut réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, et continua de l'être régulièrement et abondamment jusqu'à cinquante ans. Pendant son mariage, elle n'eut point d'enfants, et ne fit pas de fausses-couches. Elle paraît avoir été sujette à des inflammations gastro-intestinales chroniques ; plusieurs fois elle a eu des dévoiements involontaires qui se sont prolongés quelques mois. Il y a huit ans environ elle entra à l'Hôtel-Dieu, et fut soignée dans une salle de médecine. Elle avait alors le dévoiement. Ce fut à cette époque qu'elle s'aperçut pour la première fois que son rectum sortait un peu lorsqu'elle rendait des matières ; il rentrait aussitôt après spontanément ; peu à peu il sortit plus volumineux, rentra un peu plus difficilement, et lorsque la malade fut guérie de son entérite, l'incommodité persista. Elle fut admise à l'Hôtel-Dieu dans le service de chirurgie, le 21 mai 1830. On excisa quelques uns des plis rayonnés de la marge de l'anus, et la malade sortit guérie le 12 juin.

Pendant huit mois l'intestin ne sortit pas, lors même que la malade allait à la selle, ou faisait de violents efforts. Au bout de huit mois il commença à faire de nouveau hernie, mais moins fréquemment qu'auparavant ; en quinze jours il sortit à peu près une fois, il ne pouvait rentrer que lorsque la malade le pressait. Le 27 février 1833, elle fut de nouveau admise à l'Hôtel-Dieu, et placée salle Saint-Jean, nº 25, où nous l'examinâmes pour la première fois ; c'était une femme de petite taille, d'une constitution amaigrie, d'un

(1) Observation recueillie par M. Brun.

tempérament sanguin ; elle portait entre les deux fesses une tumeur du volume d'un œuf de poule de forme arrondie, de couleur rouge sanguine, rayonnée sur sa circonférence inférieure, présentant à son centre une fente dirigée d'avant en arrière. De sa surface suintait un liquide muqueux et sanieux. Le doigt ne pouvait pénétrer dans le rectum; il était arrêté par le cul-de-sac. La malade nous dit que depuis dix-sept jours la tumeur était au-dehors sans qu'elle eût pu la faire rentrer ; cependant elle allait à la selle, la tumeur était peu tendue, non étranglée ; il n'y avait pas de fièvre ni de vomissements; rien ne fut plus facile que de faire rentrer le rectum par la simple pression, mais ce n'était pas remédier au mal, la chute devait bientôt se reproduire lorsque la défécation aurait lieu. Les matières étaient à peine retenues : aussi M. Dupuytren proposa-t-il à la malade de recourir de nouveau à l'excision des replis de la marge de l'anus, excision qui peut-être n'avait pas été assez étendue la première fois, la guérison ne s'étant soutenue que pendant huit mois ; c'est ce qui fut fait le 6 mars 1833. Quatre plis de la marge de l'anus furent saisis avec des pinces à ligatures, et ils furent enlevés en prolongeant l'incision jusque sur la muqueuse rectale. La malade n'éprouva aucun accident le premier et le second jour ; le troisième elle alla à la selle presque sans douleurs, et sans que l'intestin sortît. La cicatrisation des petites plaies se fit peu à peu ; le 19 mars elle était tout-à-fait guérie. Cette femme était en outre affectée d'une chute de matrice dont le col faisait une saillie de deux pouces entre les grandes lèvres ; on remédia à cette incommodité par l'application d'un pessaire en bilboquet qui ne la gêna en rien pour l'émission des urines et des matières fécales, et tint parfaitement réduites les parties ; je dois ajouter encore que le col étant saillant au-dehors, on introduisit une sonde courbe dans l'utérus qui me parut tout-à-fait insensible à cette espèce de cathétérisme que M. Mayor a proposé dans ces derniers temps pour certaines affections de l'utérus.

Lorsqu'il arrive que la chute de la membrane muqueuse

du rectum est compliquée d'hémorroïdes, l'excision des bourrelets suffit quelquefois pour produire la guérison ; mais si cette première opération n'était pas couronnée de succès, il faudrait en venir à l'ablation des plis rayonnés de l'anus.

Obs. III. — *Chute du rectum accompagnée de tumeurs hémorroïdales, et guérie par leur excision.* — Chatrane (Ferdinand), âgé de vingt-trois ans, ouvrier en instruments de mathématiques, d'un tempérament lymphatique, avait depuis dix-huit mois autour du fondement des tumeurs hémorroïdales qui, en augmentant de volume, étaient devenues douloureuses et fournissaient du sang à chaque excrétion des matières fécales. Peu de temps après leur apparition, le malade s'aperçut que les efforts qu'il faisait pour aller à la selle donnaient lieu à la sortie de l'intestin rectum, qui d'abord rentrait de lui-même assez lentement. Bientôt ce jeune homme fut obligé d'y porter la main pour en opérer la rentrée complète. Il était sujet, depuis que le mal existait, à une diarrhée presque habituelle. Aucun moyen curatif n'avait été essayé, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre 1815.

L'intérieur de l'anus offrait cinq ou six tumeurs hémorroïdales, formant un bourrelet qui rétrécissait l'ouverture et entraînait au-dehors la membrane interne du rectum chaque fois que le malade allait à la selle ; la portion sortie représentait à peu près un cylindre long de quatre pouces environ, resserré supérieurement par le sphincter de l'anus, et entouré par les hémorroïdes. A sa partie inférieure était l'ouverture de l'intestin, dont la membrane muqueuse à nu avait une couleur rouge; une légère pression suffisait pour la faire rentrer.

M. Dupuytren avait le projet d'exciser quelques portions de la membrane interne du rectum pour en déterminer l'adhérence aux autres tuniques intestinales, ce qui aurait opposé un obstacle à son relâchement ; mais remontant à la cause probable du mal, il jugea à propos d'emporter d'abord les hémorroïdes, se réservant de recourir ensuite au premier projet, si l'exécution de celui-ci n'avait pas tout l'effet désiré. Cette légère opération eut le plus grand succès; les

portions de tumeurs hémorroïdales excisées contenaient du sang en caillots; les petites plaies se sont promptement cicatrisées; la diarrhée a cessé, et quoique les selles aient été assez rares et difficiles, la sortie de l'intestin n'a plus eu lieu à dater du jour de l'opération. La guérison ayant été jugée radicale, ce jeune homme est sorti le 20 octobre 1815 (1).

M. Dupuytren a guéri un grand nombre d'individus par ce procédé, qui ne manque jamais de réussir quand on emporte un nombre suffisant des plis de la peau du pourtour de l'anus, et quand on pousse l'excision assez haut du côté du rectum. Dans l'origine, M. Dupuytren retranchait une partie plus ou moins considérable de la membrane interne du rectum près de l'anus. Cette opération avait pour but d'établir des adhérences plus intimes entre la membrane muqueuse de l'intestin et les autres tuniques, mais il l'a abandonnée pour celle que nous venons de décrire, à cause de la complication qu'elle présentait et des accidents qui l'avaient quelquefois suivie.

Nous avons vu que les hémorrhagies n'étaient point à craindre; cependant s'il survenait un écoulement de sang considérable, M. Dupuytren croit qu'il vaudrait mieux l'arrêter par l'application du cautère actuel que d'employer le tamponnement, moyen sur lequel l'expérience a prouvé qu'il fallait peu compter. Ordinairement l'opération est courte, facile, et si simple qu'aucun pansement n'est nécessaire, et que les malades sont guéris vers le douzième ou le quinzième jour.

Presque toujours la douleur détermine instantanément une vive contraction des sphincters; l'inflammation se communique bientôt des fentes au tissu cellulaire et aux sphincters, et la douleur est très vive par le contact des matières fécales si les malades vont à la selle. Le plus souvent les selles sont rares dans les premiers jours, et il y a même des malades qui n'y vont pas alors; l'inflammation tombe au bout de quelques jours, les sphincters se relâchent, mais ils sont prêts à

(1) Observation recueillie par M. Bourbier.

se contracter au moindre effort ; les douleurs sont encore si vives par le contact des matières fécales que les selles n'ont quelquefois lieu qu'au bout de huit jours. Enfin, lors même que les malades rendent leurs excréments, les sphincters se contractent encore par la douleur, l'anus demeure resserré, et le renversement n'est plus possible.

3° DE LA FISSURE A L'ANUS.

Les maladies qui peuvent affecter l'anus et ses parties environnantes réclament toute l'attention du praticien, sous le rapport de leur fréquence, et plus encore en raison des inconvénients plus ou moins graves qui peuvent résulter d'une erreur de diagnostic. Le même danger n'existe pas pour la fissure à l'anus; mais elle est accompagnée, en général, de douleurs si violentes, qu'il importe beaucoup de pouvoir y remédier au plus tôt. Ces douleurs présentent un caractère en quelque sorte spécial, c'est d'augmenter graduellement et de se prolonger long-temps après la défécation, tantôt lancinantes, le plus souvent brûlantes, les malades abondent en expressions pittoresques pour les dépeindre. Ordinairement ils les comparent à la sensation d'un fer brûlant pénétrant dans le rectum; ils redoutent tellement l'expulsion des fèces qu'accompagnent et suivent de si vives souffrances, qu'on les voit lutter long-temps contre ce besoin impérieux et se priver même d'aliments pour s'y soustraire.

Ces particularités, dit M. Dupuytren, suffisent pour éclairer sur la nature du mal, et si l'on étudiait avec soin, ajoute-t-il, les caractères spéciaux des douleurs des diverses maladies du rectum, on y trouverait souvent d'excellents signes différentiels.

Consistant en une ulcération allongée et superficielle qui se développe vers la marge de l'anus, dans les plis radiés de la membrane muqueuse de cette partie, la fissure à l'anus réclame une inspection attentive. En écartant cet orifice et en engageant le malade à pousser, on aperçoit une fente étroite, à fond rouge, à bords légèrement gonflés et calleux. Mais

pour apprécier l'étendue en hauteur, il est souvent nécessaire d'introduire le doigt dans le rectum. On observe qu'elle est plus ordinairement située sur les côtés ou en arrière qu'en avant de l'anus, circonstance favorable par rapport à l'opération, surtout chez les femmes où souvent cette ouverture n'est séparée de la commissure postérieure de la vulve que par une mince cloison. Cette ulcération n'atteint que très rarement toute l'épaisseur de la membrane muqueuse.

La gravité de cette affection dépend donc principalement du spasme douloureux des constricteurs de l'anus; la fissure n'est même qu'un accident : ce qui le démontrerait c'est l'existence de la constriction douloureuse sans gerçure, qui, d'après des chirurgiens célèbres, serait à l'autre cas comme 1 est à 4. Cet état spasmodique est tel, que l'introduction des corps les plus minces est intolérable; l'extrémité du doigt, une canule de seringue réveillent de violentes douleurs, et la résistance que l'anus oppose à toute tentative d'introduction est un nouveau signe caractéristique de l'affection.

Cette fissure, liée au spasme douloureux des constricteurs de l'anus, n'avait jusqu'alors été vue que dans la région anale. M. Pinel Grandchamp a observé un cas tout semblable à la vulve. La constriction était devenue si grande que les devoirs du mariage ne pouvaient plus être remplis. Convaincu de l'analogie de cette maladie avec la fissure à l'anus, M. Grandchamp fit une incision profonde qui divisa dans une étendue de deux pouces la fourchette, la muqueuse et le constricteur de la vulve; le resserrement cessa et les choses revinrent comme par le passé.

Les causes des fissures anales sont nombreuses. La constipation et le spasme qu'elles produisent, y disposent spécialement; les matières très dures, en érodant la muqueuse, en distendant outre mesure ce conduit, peuvent y donner lieu; l'administration des lavements par des mains maladroites, surtout quand on fait usage de canules métalliques, pointues ou rugueuses, en sont souvent la cause directe; on les rencontre chez les personnes affectées d'hémorroïdes; le virus vénérien ou déposé immédiatement sur la marge de l'anus

comme dans un *coït contre nature*, ou ayant reflué des organes génitaux vers cette ouverture, comme cela arrive chez beaucoup de femmes, est une cause très commune de ces affections.

L'insuffisance reconnue de presque toutes les applications locales, dans cette maladie si douloureuse, a fait successivement abandonner le plus grand nombre des moyens qui avaient été regardés ou comme curatifs ou comme palliatifs, et on n'emploie plus généralement qu'une opération toujours sans danger, il est vrai, et toujours suivie d'un succès assuré, mais fort douloureuse, à laquelle les malades se résignent avec peine; nous voulons parler de *l'incision* du sphincter de l'anus avec un bistouri sur un ou plusieurs points de sa circonférence, suivant l'intensité de la contraction; ou de la *cautérisation* de la gerçure avec le nitrate d'argent fondu. Préconisée par M. Béclard, la cautérisation a quelquefois réussi à M. Dupuytren. Le procédé suivi pour pratiquer cette incision est trop simple et trop connu pour que nous nous arrêtions à le décrire.

Mais ce serait rendre un véritable service à l'humanité que de découvrir un moyen thérapeutique capable de guérir cette maladie sans opération. Si celui dont nous allons parler n'est pas suivi dans tous les cas de succès, il a réussi assez souvent entre les mains de M. Dupuytren pour qu'on en tente plus fréquemment l'usage avant de se décider à l'opération.

La constriction spasmodique du sphincter, avons-nous dit, est la lésion véritable; l'ulcération allongée, nommée fissure ou gerçure, n'est qu'un phénomène secondaire. En faisant cesser la constriction, on guérit la maladie. L'application de la belladone dans ces circonstances se trouvait donc naturellement indiquée. M. Dupuytren est le premier qui ait eu l'idée d'en faire usage et il en a retiré un grand nombre de fois des avantage incontestables, en la combinant avec l'acétate de plomb. Voici la formule qu'il emploie :

Axonge.	6 gros.
Extrait de belladone.	1 gros.
Acétate de plomb.	1 gros.

On en graisse une mèche d'un volume médiocre ; le volume de la mèche est augmenté graduellement, de manière à acquérir celui du doigt indicateur.

L'usage continué de cette pommade pendant quelques jours finit souvent par enlever complétement les douleurs et épargne aux malades un moyen extrême et douloureux. Nous prenons au hasard une observation parmi celles que nous pourrions citer en grand nombre en faveur de cette méthode de traitement.

Obs. I. — *Fissure superficielle à l'anus. — Usage de la pommade à la belladone. — Guérison.* — Une jeune femme, forte et bien constituée, accouchée depuis quatre mois, éprouvait depuis quelques semaines des douleurs très vives à l'anus. Ces douleurs étaient atroces chaque fois qu'elle se présentait à la garderobe, et surtout lorsque les matières étaient consistantes. Dans le principe elles n'avaient qu'une durée de quelques minutes; peu à peu elles se prolongèrent et finirent par persister plusieurs heures.

A l'époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu (décembre 1828), l'anus fut examiné avec soin, et en attirant un peu au-dehors l'extrémité intestinale, on découvrit une fissure très superficielle. La constriction de l'anus était fort considérable ; on ne pouvait qu'avec effort y introduire le petit doigt, et cette introduction était elle-même horriblement douloureuse pour la malade. La nature de l'affection étant bien connue, et M. Dupuytren voulant épargner, s'il était possible, à la malade les douleurs de l'incision, prescrivit l'usage de la pommade que nous avons indiquée plus haut. Des mèches de charpie couvertes d'une couche épaisse de cette pommade furent introduites dans l'anus et renouvelées plusieurs fois le jour. Elles calmèrent instantanément les douleurs. Quinze jours après la malade était complétement guérie, sans qu'on eût eu recours à aucune opération sanglante et douloureuse.

Cette observation démontre donc qu'il ne faut pas trop se hâter de pratiquer soit la cautérisation de la fissure, soit l'incision du sphincter sur la fissure même ou sur tout autre point de la circonférence de l'anus, et qu'il est rationnel de

tenter l'emploi de la belladone avant de faire usage du bistouri.

Lors même que le moyen que nous venons d'indiquer ne serait pas propre à guérir toutes les fissures, on n'en doit pas moins essayer l'usage, car, s'il réussit, on évite au malade, comme nous l'avons dit, une opération toujours douloureuse; dans le cas contraire, il calme les souffrances, et l'on est toujours à même d'en venir aux autres moyens de traitement employés par M. Dupuytren.

Avant de parler de ces derniers, nous devons rappeler les différences que présentent les fissures à raison du siége qu'elles occupent. Celles qui se sont formées *au-dessous* du sphincter de l'anus, n'intéressant presque que le tissu cutané et non la muqueuse anale, déterminent un prurit plus ou moins grand, mais elles gênent peu la défécation, n'occasionnent point de constriction du sphincter, et par conséquent sont fort peu douloureuses. Le plus souvent elles reconnaissent pour cause le vice vénérien. Les fissures ayant leur siége *au-dessus* du sphincter, affectent la membrane muqueuse; l'œil ne peut les découvrir qu'à l'aide du spéculum. En portant le doigt dans le rectum, on trouve, au lieu qu'elles occupent, une corde noueuse, dure, dont la pression fait ressentir une vive douleur. Elles causent, lorsque le malade va à la selle, un ténesme difficile à décrire, qui cesse aussitôt après l'excrétion. Les matières fécales rendues dans ces cas sont enduites de mucosités puriformes, et sanguinolentes du côté qui correspond à la fissure. Elles sont ordinairement le produit de l'ulcération d'hémorroïdes internes pendant le passage des matières endurcies. Enfin les fissures placées *au niveau* du sphincter sont plus graves que les précédentes; c'est dans celles de cette espèce que l'on observe cette constriction si douloureuse du sphincter et les autres symptômes que nous avons déjà décrits plus haut.

Les fissures des deux premières espèces guérissent le plus souvent sans opération, les unes au moyen de linge et de charpie enduits de cérat simple, de cérat opiacé, de pommade de concombre, d'onguent populéum, de préparations

mercurielles, etc. ; les autres par des lotions émollientes et narcotiques faites avec les décoctions de guimauve, de têtes de pavot, de morelle, de jusquiame, de belladone, de datura stramonium et autres moyens. C'est ainsi que M. Dupuytren a guéri par des douches ascendantes dans le rectum un cardinal affecté de cette maladie, et que chez un autre malade l'usage des mèches lui a suffi pour amener une cure complète.

Mais dans les fissures très douloureuses et accompagnées de la contraction spasmodique de l'anus, qui siègent au niveau du muscle sphincter, la méthode la plus prompte et la plus sûre consiste dans l'opération que M. le professeur Boyer a introduite dans la pratique, et qui n'exige pour instruments qu'un bistouri ordinaire et un bistouri boutonné. Ce célèbre praticien propose une incision large et profonde, à laquelle M. Dupuytren a substitué une incision simple du fond de la fissure, ne comprenant que l'épaisseur de la membrane muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux et la peau de la marge de l'anus dans l'étendue de deux à trois lignes. Ce procédé de M. Dupuytren est plus simple, moins long, et surtout moins douloureux.

Obs. II. — *Fissure très douloureuse avec constriction spasmodique de l'anus. — Incision. — Guérison.* — Un homme de vingt-huit à trente ans éprouvait depuis plus de quatre mois des douleurs au fondement, qui étaient considérablement augmentées par la défécation. Depuis quelque temps surtout, cette fonction ne s'accomplissait qu'avec des douleurs insupportables, qui augmentaient même après l'excrétion, et persistaient pendant quatre à cinq heures. Ces douleurs étaient telles que le malade n'allait à la selle que lorsqu'il ne pouvait plus résister au besoin, c'est-à-dire tous les trois ou quatre jours. Il avait été soumis en ville à divers traitements ; les lavements, les fumigations émollientes et narcotiques, les bouillons rafraîchissants, l'huile de ricin n'avaient point amélioré son état, et il était enfin venu réclamer des soins à l'Hôtel-Dieu.

Il avait une petite excroissance au pourtour de l'anus,

une constriction spasmodique de cette ouverture avec fissure à gauche. L'excroissance fut emportée d'un coup de ciseaux, et l'anus incisé sur la fissure même. Une mèche enduite de cérat fut introduite dans le rectum et placée entre les lèvres de l'incision.

Au sujet de ce malade, M. Dupuytren fit sentir l'importance de pratiquer l'incision sur la fissure elle-même, au lieu de la faire en dehors et à une certaine distance. En effet, le débridement de l'anus ainsi opéré fait cesser instantanément les douleurs, permet à la fissure de se cicatriser, et procure une guérison certaine. Il est cependant un cas dans lequel on ne peut pas inciser sur la fissure, c'est lorsqu'elle siège en avant vers l'urètre chez l'homme, vers le vagin chez la femme.

Lorsque cette maladie, simple en elle-même, est très ancienne, elle se complique de désordres locaux plus ou moins graves et d'une altération de la constitution du sujet, telle que son existence peut être en danger.

Obs. III. — *Fissures anciennes avec excroissance en forme de bourrelet. — Incision. — Guérison.* — Delahaye (Angélique), âgée de vingt-quatre ans, d'une bonne constitution, bien réglée, ayant eu plusieurs enfants, entra à l'Hôtel-Dieu pour être traitée de fissures multiples à l'anus, avec excroissances en forme de bourrelet. Le mal remontait à plusieurs années. Dans le principe, il n'occasionnait que peu d'incommodités. Il fit des progrès lents. A l'époque de l'entrée de la malade à l'hôpital, l'anus était rétréci; plusieurs fissures existaient à son pourtour en même temps qu'un bourrelet considérable d'excroissances, qui du reste n'offraient aucun mauvais caractère. Les selles étaient rares, mais accompagnées de souffrances horribles, qui se prolongeaient encore plusieurs heures après l'évacuation. Elles étaient tellement fortes, que la malade, de son plein gré, se privait d'aliments, dans le but de diminuer le nombre des selles. Les matières stercorales étaient le plus souvent mêlées à une grande quantité de sang et de mucosités.

La constitution de la malade s'affaiblissait, elle offrait une pâleur générale et une bouffissure très grande de tout le

corps et particulièrement de la face; elle avait fréquemment de la fièvre. Interrogée sur l'origine de sa maladie, elle affirma n'avoir jamais eu d'affection syphilitique et ne put point en indiquer la cause. M. Dupuytren, après deux ou trois jours de traitement préparatoire, pratiqua l'opération, c'est-à-dire, l'excision des excroissances et l'incision simultanée des fissures. Chaque tumeur fut saisie avec une pince à disséquer et enlevée d'un seul coup de ciseaux courbés sur le plat; puis avec un bistouri droit boutonné, introduit dans le rectum, il fit en divers sens plusieurs incisions de trois à quatre lignes de profondeur. Une mèche de charpie de la grosseur du doigt fut ensuite placée dans l'ouverture de l'anus pour empêcher la réunion des incisions. Il s'écoula peu de sang pendant l'opération.

Le jour même une selle copieuse eut lieu et fut accompagnée d'un écoulement de sang assez considérable, mais sans occasionner ces douleurs atroces qui se faisaient sentir avant l'opération. Une nouvelle mèche fut immédiatement replacée dans le rectum. Ce pansement fut renouvelé chaque jour et chaque fois que la malade avait des selles. Le calme revint, elle reprit de l'embonpoint, et vingt-deux jours après l'opération, elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. IV. — *Fissure à l'anus, guérie par l'incision du sphincter.* — Lambert (Nicole), âgée de vingt-deux ans, mariée, sans état, d'un tempérament sanguin-lymphatique, assez fortement constituée, bien réglée, était malade depuis dix-huit mois. D'abord, sans causes connues, elle éprouva une légère douleur lorsqu'elle allait à la garderobe. Cette douleur ne durait pendant les premiers mois que quelques instants; elle disparaissait bientôt spontanément pour revenir aussitôt que la malade allait à la garderobe; plus l'affection faisait de progrès plus la douleur se faisait sentir pendant longtemps. Au bout de trois mois, la douleur persistait plus d'une demi-heure après chaque selle, et lorsque la malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, elle durait souvent plusieurs heures. Elle était habituellement constipée, et redoutait d'aller à la garderobe; avant elle prenait constamment des lavements;

les matières fécales étaient toujours dures et souvent teintes d'un filet de sang. La malade mangeait peu, afin d'avoir des selles moins fréquentes; son sommeil était souvent interrompu; elle avait beaucoup maigri. Une petite tumeur hémorroïdale s'était depuis trois mois développée sur les bords de l'anus, et présentait à sa face interne une gerçure ou fissure, qui se prolongeait assez avant dans le rectum; l'introduction du doigt était fort douloureuse pour ne pas dire impossible, car aussitôt qu'on l'approchait de l'anus, la malade fuyait et se plaignait très haut. Le 12 septembre, M. Dupuytren excisa la petite tumeur avec des ciseaux courbes, puis il introduisit un bistouri dans le rectum, et en le retirant, il incisa assez profondément le sphincter, en comprenant dans son incision la fissure qui se trouvait sur le côté droit de l'anus. Cette opération fut extrêmement simple : une mèche fut introduite dans le rectum entre les lèvres de l'incision, on mit un peu de charpie sur les bords, et on soutint le tout avec un bandage en T. Rien ne surprit autant la malade, la première fois qu'elle alla à la selle, que de ne pas souffrir plus que si elle n'avait jamais rien eu; les jours suivants, elle continua d'aller à la garderobe avec la même facilité, ne ressentant pas la moindre douleur, ni pendant, ni après. On continua les mèches; la gerçure et l'incision se cicatrisèrent; le rectum conserva l'agrandissement que lui avait donné l'incision, et la malade sortit parfaitement guérie le 2 octobre, huit jours accomplis après l'entière cicatrisation de l'incision qu'on lui avait pratiquée (1).

4° DU RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM.

Le rétrécissement du rectum est une maladie assez commune. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes; à quoi cela tient-il? sans doute à la constipation qui leur est habituelle, mais quelquefois aussi à une cohabitation contre nature. En les pressant de questions, on finit par leur faire

(1) Observation recueillie par M. Levesque.

avouer à presque toutes que c'est là l'origine de leur mal. Plusieurs fois nous avons constaté ce rétrécissement chez des hommes livrés à ce vice honteux. On conçoit, en effet, que l'introduction du pénis dans l'anus et le rectum suffit pour y produire une inflammation simple, des excoriations, des déchirures, des ulcérations, qui amènent un épaississement et une diminution du calibre de l'intestin. Lorsque le pénis est infecté par la syphilis et qu'il a produit les mêmes lésions, la longue durée de la maladie, surtout si elle est méconnue, est une cause bien plus certaine de rétrécissement. Les affections squirrheuses et cancéreuses du rectum déterminent aussi très fréquemment cette maladie.

Nous n'insisterons pas sur les signes qui appartiennent au rétrécissement du rectum. Nous voulons seulement nous arrêter sur l'un d'eux qui n'a point été noté par les auteurs. La plupart des personnes chez lesquelles le rétrécissement est porté à un haut degré sont atteintes d'un dévoiement presque continuel; les matières stercorales sortent involontairement, sans que les malades s'en aperçoivent; c'est un véritable écoulement par regorgement, comme cela s'observe pour les urines dans les rétrécissements considérables de l'urètre : les cas sont ici parfaitement analogues.

Le traitement de cette affection présente quelques particularités qui ne sont pas sans intérêt. La dilatation du rectum à l'aide de mèches qui sont introduites dans cet organe et sur la coarctation elle-même, est sans doute un bon moyen, car les mèches dont on augmente graduellement le volume finissent par produire un soulagement prompt et notable; mais de même que dans les rétrécissements de l'urètre, traités par les dilatants, la guérison, lorsqu'elle a lieu, n'est que temporaire; de même aussi dans les rétrécissements du rectum, après avoir cessé l'emploi des mèches, on voit renaître assez promptement les accidents.

Lorsque le rétrécissement est très prononcé, il arrive quelquefois que les mèches ne peuvent point être introduites dans l'intérieur de la coarctation, quelques efforts que l'on fasse ; il ne faut pas s'obstiner à vaincre l'obstacle : le seul

parti à prendre est de placer la mèche contre lui. On observe dans ce cas ce qui se passe dans la dilatation vitale de l'urètre, le corps étranger finit par pénétrer et franchir la coarctation. Presque toujours les malades sont momentanément soulagés par l'action des corps dilatants ; c'est même cette amélioration momentanée qui avait fait penser à Desault que la dilatation guérissait les cancers du rectum. Encore une fois ces corps soulagent, mais ils ne guérissent point. Voici l'effet de la compression ; elle diminue l'afflux des liquides, l'engorgement des masses, sans cependant enlever le noyau. Souvent, dans la compression exercée sur le sein, on voit la tumeur disparaître, s'affaisser, mais les glandes se prennent plus tard et la maladie se développe plus loin.

Lorsqu'il existe une bride, il faut l'inciser ; c'est la conduite qu'a tenue M. Dupuytren dans la circonstance suivante.

Obs. — *Rétrécissement circulaire du rectum à un pouce au-dessus de l'anus. — Guérison.* — A... S..., âgé de trente-cinq ans, domestique, fut reçu le 5 juin 1824 à l'Hôtel-Dieu, service de M. Dupuytren. Ce malade, d'un tempérament sanguin, d'une constitution médiocre, fut opéré il y a six ans d'une fistule à l'anus. Depuis cette époque, il contracta une blennorrhagie qu'il conserva dix-huit mois. A sa seconde entrée à l'hôpital, il se plaignait de douleurs dans le bas-ventre, de coliques, de difficultés à expulser les matières fécales, dont le poids, vers la fin du rectum, causait un sentiment pénible. Ces matières sortaient couvertes de pus et sous forme rubanée. Le malade nia, comme ils font tous, que cette maladie eût pour principe une habitude dégradante ; mais la manière dont il se défendit ne contribua pas peu à confirmer les doutes qu'on avait sur cette cause.

Le doigt introduit dans le rectum fit reconnaître à environ un pouce de hauteur un rétrécissement circulaire, formé par une espèce de cloison incomplète, percée à son centre d'une ouverture à travers laquelle le doigt pénétrait difficilement et en déterminant une douleur. Cette cloison, peu épaisse et constituée par des brides, était plus marquée en arrière et

sur les côtés qu'en avant. Le 11 juin, ce malade fut conduit à l'amphithéâtre, et M. Dupuytren incisa la bride circulaire en quatre sens opposés, à l'aide d'un bistouri boutonné et droit. Une mèche fut placée, mais elle ne put rester que deux heures. Il y eut trois selles occasionnées par la présence du sang dans le rectum. Le lendemain, le malade garda la mèche beaucoup plus long-temps ; il rendit par les selles un demi-verre de sang. Il y avait eu la veille quelques envies de vomir. Ces légers accidents se dissipèrent. On prescrivit des lavements émollients. La suppuration s'établit, et le 7 juillet le malade sortit complétement guéri (1).

Quand la cause du rétrécissement est syphilitique, lorsqu'il y a des engorgements et des ulcérations dont la nature ne semble pas douteuse, on pourrait croire que les mèches enduites d'onguent mercuriel sont fort appropriées pour le traitement local, et qu'elles doivent seconder merveilleusement le traitement antisyphilitique général. Il n'en est rien cependant, et, bien au contraire, l'onguent mercuriel appliqué sur la membrane muqueuse du rectum y produit une irritation extrêmement vive, et le plus ordinairement des cuissons et des douleurs qui rendent les mèches insupportables. Il y a mieux : M. Dupuytren a remarqué que, dans ces maladies syphilitiques du rectum, les mercuriaux administrés à l'intérieur avaient une action fâcheuse sur cet intestin; qu'ils l'irritaient et empêchaient la guérison du mal plutôt que de la hâter. Aussi, dans des cas pareils, M. Dupuytren est-il dans l'habitude d'avoir recours aux frictions mercurielles qui ne produisent point cet inconvénient. Il est assez facile de se rendre compte de l'action nuisible des mercuriaux sur le rectum quand ils sont administrés à l'intérieur. Qu'on fasse prendre le sublimé en liqueur ou en pilules, il sera absorbé en partie seulement dans son trajet le long du tube digestif; il se mêlera aux matières alimentaires stercorales et autres, ils les accompagnera dans leur cours et séjournera avec elles dans le rectum pendant un temps quelquefois fort

(1) Observation recueillie par M. Laugier.

long, jusqu'à ce que la portion qui n'aura pas été absorbée soit expulsée avec les matières fécales; mais, pendant ce temps, le sublimé irrite le rectum et augmente les accidents auxquels on croyait remédier en l'administrant. Ce sont ces considérations qui ont engagé M. Dupuytren, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à ne prescrire jamais le mercure par la bouche dans le cas d'affection syphilitique siégeant au rectum. Le traitement local, dans ce cas, est le même que dans les rétrécissements produits par d'autres causes.

ARTICLE III.

DES DILATATIONS VITALE ET MÉCANIQUE DE L'URÈTRE.

Les rétrécissements de l'urètre ont donné lieu aux opinions les plus diverses, aux traitements les plus variés. Il suffit en effet de jeter un coup d'œil sur la longue liste d'auteurs qui ont écrit sur cette matière pour se convaincre de cette vérité. Notre projet n'est point de vous faire aujourd'hui l'histoire complète de ces maladies, et des moyens à l'aide desquels on se propose de les guérir, mais de vous entretenir, à l'occasion de l'individu que vous avez sous les yeux, des perfectionnements que nous avons introduits dans cette branche de l'art de guérir.

Cet homme, âgé d'environ quarante ans, de petite stature, cocher dans l'entreprise des Citadines, montait sur son siége, lorsque les chevaux partirent tout-à-coup. Surpris, il tomba sur la roue les deux jambes écartées. A l'instant même il ressentit une vive douleur au périnée et perdit une assez grande quantité de sang par l'urètre. Hors d'état de reprendre ses fonctions, il entra à l'Hôtel-Dieu (mars 1832) présentant les symptômes suivants : tuméfaction des parties qui sont le siége de la contusion, douleur très vive le long du trajet du canal; peau de la verge, des bourses, du périnée, largement ecchymosée. Le malade ne pouvait uriner. En l'interro-

geant, on apprit qu'il avait eu plusieurs blennorrhagies, qu'il éprouvait fréquemment le besoin d'uriner, qu'il était fort long à le satisfaire.

La maladie de cet homme ne présentait aucune incertitude : une sonde fut introduite, mais elle ne put pénétrer à plus de trois pouces. Elle fut remplacée par une bougie à extrémité soyeuse qui ne put également pénétrer. Il existait donc ici deux lésions, un rétrécissement et une déchirure du canal de l'urètre : dans le premier cas, il fallait détruire ou dilater ; dans le second cas, si l'on abandonnait la maladie à elle-même, la guérison était à peu près certaine, mais le rétrécissement inévitable. C'est sans contredit un des exemples dont la cure présente le plus de difficultés. Vingt ou trente faits de ce genre ont été observés par moi, et j'ai toujours rencontré beaucoup d'obstacles dans leur traitement. Pour prévenir le rétrécissement, il faut que la cicatrice se forme sur la sonde du calibre le plus large.

Il y a cinq mois environ, une personne ayant eu une altercation de famille, s'était munie de petits pistolets qu'elle portait dans son gousset. Dans une chute qu'elle fit, un des pistolets partit; la balle traversa l'urètre, perça le testicule et se logea dans la cuisse. Si jamais quelqu'un fut exposé à un rétrécissement, c'est sans contredit l'individu dont il s'agit. Nous introduisîmes une sonde dans l'urètre : au bout de trois mois, la plaie était entièrement cicatrisée, et depuis cette époque il n'a pas cessé d'uriner très bien. Le seul accident a été l'atrophie du testicule. Revenons à notre malade. Il est évident que son ancien rétrécissement nécessitait l'emploi de dilatateurs ; que la déchirure exigeait également une sonde. Ce moyen fut mis en usage, mais l'instrument ne put d'abord pénétrer. Je recommandai de faire des tentatives toutes les heures. Le lendemain, la sonde avait cheminé en avant, et le malade pouvait uriner ; au bout de trois jours, une sonde de calibre moyen put être placée dans la vessie.

Pendant long-temps on a cru que lorsqu'il y avait rétrécissement, il fallait forcer l'obstacle pour faire uriner le malade ; c'était, il faut le dire, la pratique de Desault : il y

avait à cette époque une espèce d'amour-propre à triompher de tous les obstacles. J'affirme que sur dix individus chez lesquels on mettait en usage cette pratique, la moitié éprouvait des déchirures de l'urètre, des fausses routes, des tuméfactions de la verge, des infiltrations d'urine, des inflammations gangréneuses, et que souvent même la mort était le résultat de ces tentatives imprudentes. La méthode qui consiste à forcer les obstacles est donc mauvaise, non seulement parce qu'elle est douloureuse, mais surtout parce qu'elle est dangereuse. Aussi croyons-nous avoir fait une chose éminemment utile en changeant la méthode qui était en vigueur, avant nous, dans cet hôpital.

Toutes les fois que, par suite d'un rétrécissement, il n'y a que de la dysurie, c'est-à-dire de la difficulté d'uriner, il faut renoncer au cathétérisme forcé. Comment se conduire alors ? L'expérience m'a démontré qu'une sage temporisation était le meilleur moyen. On ne doit employer la violence que lorsque la rétention peut occasionner des ruptures, des infiltrations, des inflammations, et mettre les jours du malade en péril. Mais quels sont les rapports de ces deux cas ? Les faits journellement observés à l'Hôtel-Dieu me permettent d'établir que, sur trente exemples de rétrécissement dans les hôpitaux, on en trouve tout au plus un où il soit besoin de recourir au cathétérisme forcé ; dans les vingt-neuf autres cas, on n'a pas seulement quelques heures devant soi, mais même plusieurs jours. Depuis dix-huit ans nous avons suivi ces préceptes, et nous l'avons toujours fait avec succès.

Voyons ce qui est arrivé à notre malade : il avait eu trois ou quatre blennorrhagies qui avaient donné lieu à un rétrécissement ; la contusion du périnée et la déchirure du canal avaient amené la rétention de l'urine. Avons-nous employé le moindre effort ? Aucun. Cependant nous avons réussi à pénétrer dans la vessie ; vous nous avez vu ce matin, troisième jour de son entrée, mettre une sonde de calibre moyen, tandis que le premier jour nous n'avions pu introduire une bougie soyeuse. Que s'est-il passé ? le contact de la sonde a déterminé une sécrétion abondante de mucosités ; le len-

demain, elle a été encore plus considérable; enfin, le troisième jour, une sonde dont l'extrémité inférieure avait dix ou douze fois plus de largeur que le premier jour, a franchi l'obstacle. En règle générale, lorsqu'on peut attendre quelques heures, il ne faut point faire usage du cathétérisme forcé; à plus forte raison lorsqu'on a quelques jours devant soi. On doit alors se contenter d'introduire une bougie ou une sonde, comme nous le dirons plus tard, et de fixer l'instrument dès qu'il cesse d'avancer. C'est cette méthode que j'ai appelée *dilatation lente, dilatation par dégorgement, dilatation vitale.*

Nous ferons remarquer ici que lorsqu'il y a resserrement sans déchirure, et que l'urine coule entre la sonde et les parois urétrales, ce signe est favorable, parce qu'il annonce que l'urine tend à augmenter la dilatation; il faut, pour favoriser cet écoulement, boucher la sonde. Mais s'il y a déchirure du canal, le passage de l'urine pouvant déterminer des infiltrations, des abcès urineux, gangréneux, on doit, au contraire, ne pas laisser d'urine dans la vessie, et pour cela tenir la sonde ouverte dans un vase et le malade couché sur le dos.

Le procédé qui consiste à vaincre les rétrécissements avec patience et lenteur, est donc le seul qui convienne dans l'immense majorité des cas. Mais cette dilatation ne se fait pas seulement de la manière que nous venons d'indiquer; elle peut encore avoir lieu par un autre procédé que j'ai appelé par opposition *dilatation mécanique*. Nous en parlerons plus loin.

Parmi le grand nombre d'exemples de dilatations vitales que M. Dupuytren cite chaque année dans ses cours, nous choisirons d'abord le suivant, qui est d'autant plus curieux, qu'il doit être considéré comme le point de départ de la méthode.

Obs. I. — *Rétrécissement considérable. — Dysurie. — Dilatation vitale.* — Il y a environ dix-huit ans, dit M. Dupuytren, je fus appelé auprès de M. ***, homme riche, nerveux, doué d'une grande vivacité d'esprit et d'une susceptibilité

prodigieuse. Il souffrait beaucoup d'une dysurie. Je lui conseillai de porter des bougies dans l'urètre ; cette seule proposition suffit pour l'effrayer, et aussitôt il s'exagère les douleurs et les inconvénients de ce traitement, assurant qu'une bougie ne pouvait manquer de le blesser, et que, si déjà l'urine ne sortait que goutte à goutte par l'effet de la maladie, à plus forte raison ne le pourrait-elle pas du tout quand un corps solide remplirait le rétrécissement. Après des explications, qui le rassurèrent un peu, le malade consentit à laisser introduire une bougie à extrémité mousse; mais à peine eut-elle pénétré dans l'urètre, que toutes ses appréhensions se renouvelèrent; il voulut faire retirer la sonde, et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine que j'obtins qu'il la garderait. Je fis plus, je l'enfonçai jusqu'à l'obstacle; mais alors je rencontrai une difficulté insurmontable pour la faire pénétrer plus avant, et le malade témoigna de si grandes craintes, de si vives douleurs, que je crus devoir suspendre les tentatives pour les recommencer au bout de quelques heures; mais afin d'éviter de nouvelles difficultés, je me déterminai à fixer la bougie au lieu où elle était, c'est-à-dire en avant de l'obstacle. Le malade n'y consentit que sous la condition expresse que je viendrais le visiter toutes les deux heures, pour la retirer si elle causait trop de douleurs, et si surtout elle s'opposait à l'écoulement de l'urine, comme il était convaincu que cela devait arriver. Ainsi que je l'avais promis, je revins au bout de quelques heures; le malade avait uriné sans peine, et la bougie put être facilement engagée dans l'obstacle; quelques heures plus tard, elle put être enfoncée à une plus grande profondeur, et la journée n'était pas encore écoulée qu'elle était déjà parvenue dans la vessie. Quelques jours après, elle fut remplacée par une plus volumineuse. Dès lors le traitement fut continué sans difficulté, suivant la méthode ordinaire, qui consiste à remplacer graduellement les sondes d'un calibre moindre par celles d'un calibre supérieur, et la dilatation augmenta rapidement. Au bout de quinze jours, le malade urinait facilement, sans douleur, et par nn jet fort et gros tout à la fois.

Ce fait, ajoute M. Dupuytren, ne fut pas perdu pour moi; je compris qu'il n'était pas nécessaire qu'une bougie pénétrât dans un rétrécissement de l'urètre pour en opérer la dilatation, et j'entrevis tout ce que cette manière de lever un obstacle dans le canal pouvait avoir d'avantages chez des malades pusillanimes, chez ceux qui sont doués d'une grande susceptibilité, et dans tous les cas enfin où l'on n'est pas forcé, par l'imminence et la gravité des accidents, à surmonter l'obstacle immédiatement par l'introduction d'une sonde ou par celle d'une bougie.

Depuis cette époque, M. Dupuytren a mis cette pratique en usage chez une foule de malades, et les registres de l'Hôtel-Dieu fourmillent de faits de ce genre. Obligés de nous restreindre à un petit nombre d'observations, nous avons emprunté à M. le docteur Michon, qui était chargé du rang des maladies des voies urinaires, les deux exemples suivants :

Obs. II. — *Rétrécissement de l'urètre. — Dysurie et incontinence d'urine. — Catarrhe vésical symptomatique du rétrécissement. — Dilatation vitale.* — Castiaut, âgé de quarante-neuf ans, entra dans la salle Saint-Paul, n° 51, le 20 février 1827. Il se plaignait de n'uriner que goutte à goutte, quoiqu'il fît de grands efforts; souvent aussi ces efforts étaient suivis d'un écoulement involontaire d'urine. Il ressentait des douleurs vives à la région hypogastrique, au périnée, à l'urètre, surtout à l'instant du passage de l'urine : la douleur alors était comparée par lui à la sensation que produirait un fer rouge promené dans le canal; elle ne se prolongeait guère au-delà de l'émission de l'urine; le liquide rendu laissait déposer par le refroidissement un sédiment muqueux et purulent. Cet homme avait eu onze blennorrhagies; la dernière avait duré quatre ans; ce fut précisément à l'époque de la cessation de cet écoulement qu'il s'aperçut, pour la première fois, qu'il urinait difficilement; le jet diminua considérablement de volume, se dévia, devint filiforme, et après trois années, il fut amené au point de ne pouvoir plus uriner. Ce malade fut traité alors par la dilatation, et resta plus de six

années sans éprouver aucun accident; mais depuis six mois la dysurie avait reparu. Il entra à l'Hôtel-Dieu dans l'état indiqué plus haut. Une bougie fut présentée au canal de l'urètre; elle pénétra jusqu'au bulbe, où elle fut arrêtée par un rétrécissement dur et résistant; aucun effort ne fut fait pour l'engager dans cet obstacle; elle resta libre dans le canal, fut fixée au-devant de la résistance et laissée en place pendant vingt-quatre heures, au bout de ce temps, elle pénétra avec facilité jusque dans la vessie; aussitôt on introduisit à sa place une sonde de gomme élastique d'un petit calibre : le malade n'éprouva pas de douleurs, pas d'accidents. Quatre sondes, de volume successivement augmenté jusqu'au plus gros, furent laissées à demeure dans l'urètre, et après trente-deux jours de dilatation, Castiaut urina librement et par un jet volumineux. Il quitta l'hôpital, guéri de son rétrécissement et du catarrhe qui en était le résultat.

Obs. III. — *Rétrécissement au commencement de la portion membraneuse, accompagné de spasme très remarquable de l'urètre et d'incontinence d'urine.* — *Dilatation vitale.* — Colomb, âgé de trente-six ans, d'une bonne constitution, fut reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 67, le 6 février 1827. Il n'avait eu qu'une seule blennorrhagie, mais elle avait duré dix ans; depuis sept à huit ans, époque à laquelle elle cessa complétement, il avait vu le jet de son urine diminuer, sortir en nappe, en épi; enfin, depuis quatre à cinq mois, il n'urinait plus que goutte à goutte avec beaucoup d'efforts; et quand il avait cessé de faire des efforts, l'urine coulait d'elle-même sans qu'il eût le pouvoir de la retenir. Le 7 février, une sonde d'un moyen calibre fut placée dans le canal et pénétra jusqu'au-devant de la portion membraneuse; là, elle fut arrêtée par un rétrécissement dur, que la sonde pressa d'abord légèrement, puis avec plus de force, sans pouvoir s'y engager, dans quelque sens qu'elle fût tournée. Une bougie fut placée au-devant de l'obstacle; le malade indocile la retira une heure après. Le soir, on essaya de la réintroduire, mais inutilement, l'urètre était dans un état de spasme si grand qu'on ne put la faire pénétrer au-delà de la fosse na-

viculaire ; elle fut tellement serrée par les parois du canal qu'une force assez grande fut nécessaire pour l'arracher. Le 9 février, M. Dupuytren présenta au canal une sonde d'argent d'un moyen et puis d'un petit calibre; l'une et l'autre furent arrêtées dans la fosse naviculaire et pressées avec la même force que la bougie l'avait été l'avant-veille. Un bout de sonde, arrondie à son extrémité, fut introduit et fixé dans la fosse naviculaire; elle fit peu de chemin dans les premiers instants, mais au bout de vingt-quatre heures elle avait pénétré ; elle fut de suite remplacée par une sonde de gomme élastique d'un moyen calibre ; cette sonde fut fixée à demeure et la dilatation continuée pendant vingt jours. Trois sondes furent employées successivement; la dernière était des plus volumineuses. Le malade urinait librement et par un gros jet quand il sortit (1).

Les deux modes de dilatation dont nous venons de rapporter des observations ont chacun leur manière d'agir : la dilatation mécanique opère par la pression continue que la bougie excite de dedans en dehors sur les parois de l'obstacle ; la dilatation vitale opère leur distension, soit en excitant une sorte de force d'expansion, soit en déterminant une sécrétion de mucosité, et, par suite, le dégorgement des parties.

La dilatation vitale, dit M. Dupuytren, est tellement puissante, qu'on voit souvent les sondes pénétrer dans la vessie en deux ou trois heures. On facilite encore cette action en tournant de temps en temps le corps engagé dans le canal. Ce procédé n'exige point de corps dilatants d'une forme particulière; une sonde d'argent, de gomme élastique, ou une bougie, qu'elles aient une extrémité déliée ou renflée, peuvent être indifféremment employées dans ce but. Cependant je donne la préférence aux bouts de sonde ou bougie à gomme élastique, terminées par une extrémité arrondie, mousse, et d'une longueur proportionnée à la profondeur de l'obstacle. Ces bouts de sonde ou de bougie présentent un corps lisse,

(1) Observation recueillie par M. Michon.

souple, qui s'accommode aux formes de l'urètre, et qui ne le dépasse pas assez pour devenir incommode aux malades dans les mouvements auxquels ils peuvent se livrer.

Quel que soit l'instrument qu'on ait choisi, on l'introduit et on le fait arriver jusqu'à l'obstacle; il est ensuite fixé par des moyens connus. Il ne faut pas s'occuper de l'engager dans l'obstacle, car il suffit de son séjour prolongé pendant quelque temps dans l'urètre pour qu'il opère la dilatation désirée. En effet, après quelques heures, et dans les cas les moins heureux, après quelques jours, il peut constamment franchir l'obstacle sans difficulté, sans efforts, sans déchirures, sans écoulement de sang. La dilatation est telle, que les bouts de sonde ou de bougie pénètrent quelquefois seuls dans les rétrécissements; qu'ils peuvent, dans d'autres cas plus nombreux, y arriver par suite du plus léger effort, et que dans les autres circonstances la dilatation permet au rétrécissement de recevoir l'extrémité d'une bougie conoïde; dès lors celui-ci doit être traité par les moyens mécaniques dont nous allons bientôt parler.

Je crois, dit M. Dupuytren, qu'il n'y a rien de mécanique dans la manière d'agir de ces corps, et je suis même convaincu qu'il faut admettre quelque chose de vital. Mais est-ce par une sorte de force expansive opposée à la force contractile et provoquée par la présence d'un corps étranger, ou par une sécrétion, qui opère une sorte de résolution et qui diminue l'épaisseur des parois de l'obstacle, que la chose a lieu? c'est ce que nous n'oserions pas décider. Je vous ai fait déjà remarquer, au commencement de cette leçon, qu'il se faisait une sécrétion qui facilitait le passage de la sonde. Entrons dans quelques détails à cet égard, et signalons d'abord les phénomènes du contact des corps étrangers à l'entrée de quelques canaux vivants, des points lacrymaux, par exemple. Le premier effet de ce contact est une rétraction si forte des bords de ces points, qu'un stylet très délié ne saurait y pénétrer; mais s'il est répété ou continué, ils cessent de se resserrer; ils se dilatent même bientôt au point de recevoir le stylet qu'ils avaient auparavant refusé,

et l'on voit presque toujours à ce moment une sécrétion muqueuse se faire autour du point lacrymal.

La même chose a lieu pour le rétrécissement de l'urètre; le premier contact d'une bougie fait contracter le canal au point qu'on ne peut quelquefois la dégager que par un effort, tant est grand le spasme qu'elle détermine; bientôt il se calme, et au bout de quelques heures, on peut mouvoir librement la bougie. A la dilatation, se joint un autre phénomène sur lequel j'ai déjà appelé votre attention, je veux parler d'une sécrétion plus ou moins abondante de mucus, et quelquefois de matière purulente; cette sécrétion est, dans quelques cas, si grande, qu'elle donne lieu à un écoulement qui peut effrayer les malades, mais qui se dissipe constamment de lui-même, soit pendant le séjour des sondes, soit après qu'on les a retirées. Sous l'influence de ces deux phénomènes, le rétrécissement se dilate, et au bout de quelques heures, au plus de quelques jours, le canal, qui n'avait pu, dans les premiers moments du mal, admettre un vingtième de ligne de calibre, en reçoit un d'une ligne.

La dilatation vitale n'est pas la seule qui soit employée pour surmonter les rétrécissements: on a souvent recours à une autre espèce de dilatation qui consiste à introduire une bougie très fine et comme soyeuse à l'une de ses extrémités, puis à l'engager dans l'obstacle. Ce corps étranger dilate, écarte par pression les tissus qui forment le rétrécissement; c'est cette *dilatation* que j'ai appelée *mécanique*.

Les corps que j'emploie ordinairement pour opérer cette dilatation des rétrécissements de l'urètre sont des bougies conoïdes, formées d'une trame de tissu de soie, revêtue d'une couche de gomme élastique; leur sommet est terminé par une extrémité très fine et presque filiforme. A partir de ce point, elles grossissent graduellement jusqu'à l'extrémité opposée, qui constitue la base du cône. Cette forme les rend tout à la fois propres à s'insinuer dans les rétrécissements de l'urètre, quelque grands qu'ils soient, et à les dilater, lorsqu'on fait succéder à leur partie déliée leur partie enflée. La confection des sondes est d'une haute importance, car leur

mauvaise fabrication peut donner lieu à de graves accidents (1).

Ces bougies sont introduites de la manière suivante : les côtés du gland étant saisis entre le pouce et l'indicateur de l'une des mains, le pénis étant un peu soulevé et allongé, une bougie, enduite d'un corps gras, tenue entre le pouce, l'indicateur et le doigt du milieu, est présentée par la pointe à l'entrée de l'urètre : elle y est ensuite enfoncée à l'aide de pressions légères, qu'on accompagne de mouvements de rotation sur son axe. A l'aide de ce mouvement combiné, elle arrive bientôt jusqu'à l'obstacle. Lorsqu'elle ne peut s'y engager, elle se courbe, se replie même sur l'effort exercé pour la faire pénétrer, et elle se redresse aussitôt que cet effort a cessé. Ces deux signes suffisent donc pour faire reconnaitre à une main habile que la bougie n'a pu encore s'engager dans l'obstacle ; et telle est la ténuité, la souplesse et la flexibilité de cette partie de l'instrument, qu'elle ne saurait, dans aucun cas, produire ni perforation, ni déchirure, ni altération quelconque des parois de l'urètre.

Mais lorsque l'extrémité filiforme a pénétré dans la stricture, on sent l'instrument s'enfoncer graduellement dans l'urètre jusqu'à une profondeur plus ou moins grande, c'est-à-dire jusqu'à ce que la bougie, dont le volume croît insensiblement, soit arrivée à remplir l'ouverture laissée par le rétrécissement. Dans le cas où la bougie se reploie au-devant d'un obstacle dans lequel elle n'a pu s'engager, elle tend toujours à ressortir de l'urètre en se redressant ; et la moindre traction suffit pour l'extraire. Dans le cas contraire, lorsqu'elle est engagée dans un rétrécissement, non seulement elle n'a point de tendance à sortir, mais en outre elle est tellement pressée et retenue par le spasme ou par la contractilité des tissus, qu'il faudrait un effort assez grand pour l'en extraire.

Dès qu'une bougie conoïde a pu franchir un rétrécisse-

(1) Corby. *Des effets et accidents qui peuvent être la suite du traitement des rétentions d'urine par les bougies et les sondes.* Paris. 1822.

ment et qu'elle a été enfoncée à une profondeur convenable, il faut la fixer en l'attachant autour de la verge, ou bien à un cercle, à un suspensoir ou à quelque autre bandage.

En fixant la bougie, je me propose, continue M. Dupuytren, de la maintenir en place jusqu'à ce qu'il devienne possible et nécessaire de la faire pénétrer plus profondément à l'aide de la main, ou de lui faire exercer un effort continu contre les parois du rétrécissement. Dans le premier cas, je ne cherche pas à l'enfoncer, et je laisse entre le lien et l'obstacle une longueur de sonde exactement proportionnée à l'étendue de l'espace indiquée. Dans le deuxième cas, je presse sur la bougie; je la courbe et la lie plus haut, c'est-à-dire plus près de sa base, de telle sorte que ce corps, dont l'élasticité tend toujours à le redresser, fasse un effort continu contre l'obstacle à vaincre, le rétrécissement à dilater.

La manière d'agir de ces bougies est facile à concevoir. Leur mécanisme est celui d'un coin engagé au milieu des parties qu'il est destiné à écarter, à séparer; mais tandis que celui-ci agit sur des corps inertes, la bougie opère sur des parties vivantes, et son action se trouve composée, non seulement de l'épaisseur de la bougie, mais encore de son action vitale sur les parois de l'obstacle.

Quant à leurs effets, l'observation apprend que toutes les fois que leur extrémité filiforme a pénétré dans un rétrécissement, on doit regarder comme certain que le reste de la bougie, quelque gros qu'il soit, y pénètrera tôt ou tard. On peut, dans beaucoup de circonstances, l'y enfoncer tout entière à l'instant même; dans d'autres cas, il faut attendre quelques heures ou quelques jours; et cela beaucoup moins à cause du degré de rétrécissement ou de la grosseur de la bougie qu'à cause de l'extensibilité variable des tissus qui forment le rétrécissement. Cette extensibilité est quelquefois très grande; elle est d'autres fois très faible. Aussi voit-on chez quelques individus les bougies, même celles que l'on a eu le plus de peine à y engager, pénétrer sans beaucoup d'efforts et tout d'un trait jusqu'à la vessie; chez d'autres, le spasme et la rétraction des tissus opposent plus de résis-

tance ; mais au bout de quelques heures on trouve ordinairement libres et mobiles les bougies qui avaient paru le plus étroitement embrassées, le plus fortement serrées ; il est rare, même dans les rétrécissements les plus intenses, qu'au bout de quelques jours la bougie ne soit devenue très mobile dans l'urètre.

Cette mobilité, que les bougies acquièrent en quelques heures, ou du moins en quelques jours, est un des phénomènes les plus remarquables et des plus propres à établir, si l'on pouvait en douter, que tout ce qui a lieu dans les corps vivants, alors même qu'il semble le produit de causes mécaniques, est toujours dans une dépendance plus ou moins grande de la vie, ou en d'autres termes que dans ces corps les phénomènes vitaux se mêlent aux phénomènes mécaniques qu'ils altèrent, qu'ils changent ou qu'ils modifient suivant des règles qui ne sauraient être soumises aux calculs purement physiques de cette force aveugle.

Citons deux observations de l'emploi de ce moyen.

Obs. IV. — *Rétrécissement de l'urètre. — Dysurie. — Dilatation mécanique.* — Le 19 février 1827, on reçut dans la salle Saint-Paul, nº 50, le nommé Devoisse, âgé de soixante et un ans, d'une taille moyenne, d'une constitution sèche. Il se plaignait d'une difficulté d'uriner qui avait commencé deux ans auparavant ; il avait contracté, il y a seize ans, une blennorrhagie dont l'écoulement persistait encore le jour de son entrée à l'hôpital ; la dysurie avait augmenté, et le jet d'urine, après avoir diminué graduellement, avait fini par cesser totalement ; l'urine ne s'écoulait plus que goutte à goutte et avec des efforts considérables ; la sécrétion urétrale était abondante. Quelques bains furent administrés ; l'urine examinée avec soin ne laissait déposer aucun sédiment ; d'après les renseignements donnés par le malade, un rétrécissement fut présumé dans l'urètre. Le 23 février, une bougie soyeuse fut introduite dans le canal et arrêtée d'abord au-devant de sa portion membraneuse : bientôt, par une légère pression, son extrémité mince s'engagea dans l'obstacle ; et quoique serrée par lui, elle traversa et fut suivie de la

grosse extrémité; ainsi fut traitée une dilatation toute mécanique du rétrécissement. Cette bougie, laissée à demeure pendant vingt-quatre heures, fut remplacée par une sonde de gomme élastique d'un petit calibre; on soutint exactement le scrotum, et la dilatation fut prolongée pendant trente-neuf jours; cinq sondes ont été employées à cette dilatation; leur volume a été graduellement augmenté : la dernière était du plus gros calibre; la totalité de l'urine passait entre elle et le canal; elle fut retirée le trente-neuvième jour (4 avril); le jet d'urine fut facile et volumineux; aucun accident ne survint pendant la durée du traitement (1).

Obs. V. — *Rétrécissement considérable au bulbe de l'urètre. — Dysurie. — Dilatation mécanique.* — Pino, âgé de quarante-deux ans, d'une bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu et fut couché salle Saint-Paul, nº 42, le 28 février 1827. Il était affecté d'une dysurie dont il avait ressenti les premières atteintes dix années auparavant; elle avait succédé à deux blennorrhagies; la première, contractée à vingt ans, dura trois mois, et fut supprimée par un purgatif drastique; la deuxième, qui survint deux ans après, durait encore; un suintement muqueux, blanc, opaque, était déterminé par la pression d'arrière en avant sur l'urètre. Cet écoulement existait depuis vingt-deux ans, et peut être regardé comme la cause du rétrécissement; quoi qu'il en soit, la dysurie avait commencé par une cuisson, un sentiment de resserrement de l'urètre à l'instant du passage de l'urine; le jet diminua, devint tortueux, et l'émission ne se faisait que goutte à goutte, surtout lorsqu'il avait pris des boissons alcooliques. Dans les trois mois qui précédèrent son entrée à l'Hôtel-Dieu, la dysurie augmenta considérablement; de grands efforts, quelquefois des tractions sur la verge, devinrent nécessaires pour déterminer l'émission de l'urine, qui, d'autres fois, s'écoulait involontairement et par une sorte de regorgement. Le 1er mars, une bougie soyeuse à l'une de ses extrémités fut introduite dans ce canal; vers

(1) Observation recueillie par M. Michon.

la fin de la région du bulbe, elle s'engagea dans un rétrécissement considérable, et fut tellement serrée par lui, qu'une traction forte exercée sur les extrémités libres soulevait la verge, et ne dégageait pas la partie engagée dans l'obstacle; la bougie fut fixée dans cet endroit, et huit heures après, par une pression modérée, elle avait pénétré dans la vessie. Le 4 mars, une sonde de gomme élastique de moyen calibre fut laissée dans le canal; d'autres sondes plus volumineuses furent également introduites et laissées à demeure; et après vingt-deux jours de traitement par la dilatation, le malade urinait librement et par un jet volumineux.

Terminons cette leçon par quelques réflexions qui s'appliquent aux divers modes de dilatation.

On peut, dans tous les cas, et en dix ou douze jours tout au plus, passer de la bougie la plus fine à la sonde la plus grosse, ou en d'autres termes, amener le canal du rétrécissement le plus fort à la dilatation la plus grande, en augmentant chaque jour le volume des bougies et des sondes qu'on y fait séjourner.

Mais la dilatation est d'autant moins durable qu'elle a été plus promptement opérée; d'où il résulte qu'au lieu de se hâter d'arriver au dernier terme, il faut, au contraire, s'appliquer à le reculer; car la dilatation est d'autant plus durable qu'elle a été opérée plus lentement.

La dilatation rapide des rétrécissements de l'urètre a des inconvénients plus graves encore; ce sont des douleurs très vives, des déchirures à l'endroit des rétrécissements, des inflammations sur-aiguës, la gangrène et la destruction plus ou moins considérable du canal, accidents que nous avons vus également survenir après le cathétérisme forcé. Il semble que le tissu qui forme ces rétrécissements, semblable à tous les autres tissus de l'économie animale, ait une extensibilité dont il ne faut pas dépasser les bornes sous peine de le déchirer, et qu'il soit susceptible de se développer presque indéfiniment lorsqu'il y est sollicité par une force qui agit lentement et d'une manière presque insensible.

Quelles que soient au reste les précautions qu'on ait prises

pour opérer la dilatation des strictures du canal, celle-ci n'est que *temporaire* chez le plus grand nombre des sujets, et le rétrécissement a toujours une grande tendance à se reproduire.

Et comment cette tendance n'existerait-elle pas? *La dilatation ne détruit pas les rétrécissements*, elle ne change pas non plus la nature du tissu qui la compose ; elle étend seulement les tissus qu'elle laisse subsister. Dès lors, à l'extension mécanique qu'on lui a fait subir doit succéder plus ou moins rapidement la rétraction vitale qui doit le ramener à l'état d'où il est parti.

Cette rétraction s'opère un peu plus tôt chez les uns, un peu plus tard chez les autres. Ce retour du mal et de ses effets a engagé M. Dupuytren à faire introduire de temps en temps, aux personnes qu'il a traitées de cette maladie, une bougie dans l'urètre. Cette introduction faite tous les dix, douze, quinze ou vingt jours, et le séjour de la bougie dans l'urètre pendant deux, quatre ou six heures, ou même pendant une nuit, suivant les cas, suffit pour empêcher ou du moins pour retarder considérablement le retour du mal.

Mais qu'il ait lieu malgré les précautions que nous venons d'indiquer, ou parce qu'elles ont été négligées, ce retour est un des plus graves reproches qu'on puisse adresser à la méthode de traitement des rétrécissements par la dilatation. Ces inconvénients ont souvent engagé M. Dupuytren à examiner si la cautérisation prévient plus efficacement que la dilatation le retour des strictures de l'urètre. L'expérience paraît maintenant avoir prononcé pour la première de ces méthodes. Aussi beaucoup de chirurgiens se contentent-ils de traiter les rétrécissements par la dilatation.

ARTICLE IV.

DE L'HYDROCÈLE ET DE SES PRINCIPALES VARIÉTÉS.

Rien n'est plus facile que le diagnostic de l'hydrocèle simple, rien n'est plus simple que son traitement; aussi nous occuperions-nous peu de cette maladie, si les variétés et les complications qu'elle nous a souvent présentées ne nous paraissaient mériter votre attention. Vous savez tous qu'on donne le nom d'hydrocèle aux tumeurs aqueuses des bourses, et que ces tumeurs sont de deux espèces : dans l'une, l'eau est répandue dans les cellules du tissu cellulaire, c'est l'hydrocèle par infiltration; dans l'autre, elle est amassée dans une poche, c'est l'hydrocèle par épanchement. L'on rencontre en outre, dans la pratique, une troisième espèce d'hydrocèle qui se distingue des autres par l'accumulation de la sérosité dans des cavités séreuses accidentelles, développées, soit au milieu du cordon testiculaire, soit au sein du testicule, soit dans l'épididyme. En donnant cette classification, je dois vous faire observer que chacune des espèces de la maladie dont il s'agit peut offrir un grand nombre de variétés, dont nous exposerons les caractères.

Ces divisions posées, disons quelques mots de l'hydrocèle par infiltration, mais auparavant faisons connaître les caractères des principales variétés que nous avons établies dans le tissu cellulaire, qui joue un grand rôle dans cette hydrocèle.

J'ai reconnu dans le tissu cellulaire général quatre variétés, qui sont : 1° le tissu cellulaire graisseux, existant presque seul chez certains animaux, comme le mouton, développé dans l'épiploon, très marqué chez certaines personnes. Lorsqu'une inflammation apparaît dans ce tissu, presque toujours elle se termine par une sorte de flétrissure et une

fonte putride des parties enflammées. C'est ce qu'on observe dans la hernie étranglée, où l'épiploon est laissé en dehors, et chez les moutons auxquels on inocule la variole ou la vaccine pour les préserver de certaines maladies.

2° Le tissu cellulaire fibreux, qui ne contient ni graisse ni sérosité. Ce tissu, chez l'homme, existe surtout ~~autour~~ des articulations. L'inflammation qui s'y développe est presque toujours compliquée d'étranglement. Chez le chien et quelques animaux carnassiers, le tissu cellulaire est presque tout fibreux.

3° Le tissu cellulaire élastique, qui ne renferme aucun des éléments dont il vient d'être question. On l'observe autour des tendons qui sont dépourvus de bourses synoviales. Les inflammations qui l'affectent ont une grande tendance à se propager au loin, ainsi qu'on le remarque à la paume de la main, où les phlegmasies tendineuses se communiquent si facilement à l'avant-bras, etc.

4° Le tissu cellulaire séreux, qui ne contient jamais de graisse, n'est pas élastique, et est toujours humecté par une certaine quantité de sérosité. On le rencontre surtout aux paupières, aux parties génitales, aux bourses, etc. Les inflammations qui s'y forment se terminent souvent par suppuration. C'est ce tissu qui est le siége de l'hydrocèle par infiltration idiopathique ou symptomatique.

Considérée sous le rapport de son siége, cette hydrocèle occupe le cordon testiculaire, ou la division moyenne du tissu celluleux, ou enfin les aréoles séreuses sous-cutanées. Dans le premier cas, la tumeur est circonscrite, flottante, et bornée à l'un des cordons; dans le second, elle est allongée, étendue depuis l'anneau jusqu'au fond du scrotum, conservant l'impression du doigt, et n'occupant que l'une des bourses; dans le troisième enfin, la tumeur est volumineuse, empâtée, s'étend rapidement à tout le scrotum sans être arrêtée par la ligne médiane. La connaissance de ces différents cas importe pour le traitement, car je suppose qu'on veuille donner issue au liquide infiltré, il faudrait, dans les deux premières variétés, faire des incisions plus ou moins éten-

dues, tandis que, dans la troisième, une simple piqûre faite à la peau suffirait souvent pour évacuer tout le liquide contenu dans les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané, à cause des larges communications qui existent entre elles. L'hydrocèle par infiltration idiopathique n'a guère lieu que chez les enfants nouveau-nés et chez les vieillards. Cette maladie peut être bornée à l'un des côtés ou envahir la totalité du scrotum. Lorsque l'infiltration est accompagnée de douleur, de rougeur et de gonflement actif à la partie, il faut employer les applications émollientes.

L'hydrocèle par épanchement, dont nous devons surtout vous entretenir, est fluctuante; elle s'élève du fond des bourses vers le canal inguinal, se développe presque toujours au-devant du testicule, et n'offre une résistance très marquée que lorsque la poche séreuse et les autres tuniques distendues et amincies résistent à l'effort du liquide et réagissent sur lui. Le signe par excellence de l'hydrocèle est la transparence de la tumeur: son absence annonce presque constamment, ou un liquide opaque, ou une altération profonde dans la texture du kyste. Il peut encore arriver que ce caractère n'existe pas, lorsque le testicule se trouve en avant ou directement en dedans ou en dehors. Le poids de l'hydrocèle doit être pris en considération; il est généralement moindre qu'on ne serait tenté de le croire; il est plus considérable quand le testicule est engorgé, ou qu'il s'est fait quelque dépôt concret dans la tunique vaginale. Le liquide de l'hydrocèle est ordinairement de la sérosité pure, d'une teinte légèrement citrine. Il peut offrir une couleur jaunâtre, blanchâtre ou verdâtre; les autres altérations de couleur tiennent à ce qu'il est mêlé à du sang que le temps a décomposé. Ces dispositions présentent des variétés, ainsi que le démontre le fait suivant.

Obs. I. — *Hydrocèle. — Ponction. — Testicule en avant. — Point de liquide. — Nouvelle ponction. — Guérison.* — Un homme vint à l'Hôtel-Dieu après avoir été traité, dans un autre hôpital, d'une hydrocèle par la méthode de la ponction. L'opération avait été, disait-il, fort douloureuse. Il

n'était sorti par la canule que du sang et point de sérosité; la bourse, au lieu de diminuer, avait immédiatement augmenté de volume. Elle était devenue chaude, douloureuse et tendue, et ce n'était qu'après un traitement antiphlogistique sévère qu'elle avait été ramenée à l'état où elle était avant l'opération.

M. Dupuytren ayant placé la tumeur entre son œil et une bougie, reconnut qu'elle était transparente dans toute sa partie postérieure, et qu'elle présentait en devant et vers le point sur lequel on avait opéré d'abord une opacité qu'il annonça être formée par le testicule. Il saisit alors entre deux doigts ce corps dans la substance duquel s'était arrêtée la pointe de l'instrument lors de la première tentative d'opération, et il vida la tunique vaginale par une ponction faite plus en arrière.

Obs. II. — *Hydrocèle. — Ponction. — Testicule en avant. — La circonférence est traversée. — Injection. — Pas d'accidents. — Guérison.* — Hildebrand (Frédéric), âgé de vingt-huit ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1816, pour s'y faire traiter de deux hydrocèles. La forme des tumeurs, leur transparence, ne laissaient aucun doute. Celle du côté droit étant la plus volumineuse, M. Dupuytren se décida à l'opérer, et remit à un autre temps la cure du côté gauche, craignant qu'en opérant les deux à la fois, l'inflammation, ne se portant que d'un seul côté, ne pût guérir l'autre.

Le 24 mai, le malade fut opéré. Après s'être de nouveau assuré de la transparence de la tumeur, M. Dupuytren fit une ponction vers la partie antérieure et inférieure; mais là se trouvait le testicule; il fut traversé par le trois-quart; la douleur ne fut pas très vive. M. Dupuytren, après avoir dégagé la canule, fit les trois injections. Douleurs supportables; l'inflammation qui survint fut modérée; il ne survint aucun accident, et le malade quitta l'hôpital le 1er juillet, trente-quatre jours après l'opération, presque guéri.

Nous avons dit au commencement de cette leçon que la maladie qui nous occupe présentait des complications et des

variétés qu'il importe d'étudier ; c'est ainsi, par exemple, que l'hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale peut être compliquée de l'hydrocèle enkystée du cordon testiculaire. Cette espèce a été la cause de fréquentes erreurs de diagnostic : ayant très souvent son siége vis-à-vis l'anneau inguinal, se prolongeant même quelquefois dans l'intérieur du canal, elle présente une très grande ressemblance avec la hernie inguinale, et a souvent été prise pour elle. Tant que ces deux maladies sont éloignées, il est facile de les distinguer ; la tumeur du cordon est en haut, et celle de la tunique séreuse du testicule est inférieure. Lorsqu'elles se rapprochent et se confondent, l'hydrocèle de la tunique vaginale passe au-devant de l'autre. Dans certaines circonstances, il faut une attention extrême pour reconnaître la maladie. En faisant coucher l'individu sur le dos, on s'aperçoit que la tumeur ordinairement arrondie, circonscrite, est isolée et distincte de l'intestin ou de l'épiploon ; ajoutons à ces signes la transparence et la fluctuation que ces sortes de tumeurs présentent. Tels sont les caractères principaux qui peuvent faire distinguer la nature de la maladie. Néanmoins le diagnostic en est quelquefois de la plus grande difficulté, et nous verrons dans l'observation que nous allons rapporter que, malgré la réunion de tous les signes différentiels, M. Dupuytren agit avec une prudence qui prouvait qu'il lui était permis de conserver encore quelques doutes sur la nature réelle de la maladie.

Obs. III. — *Hydrocèle enkystée du cordon des vaisseaux spermatiques.* — Un enfant âgé de douze ans, couché au n° 20 de la salle Sainte-Agnès, fut opéré en 1828, à l'Hôtel-Dieu, d'une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche. Il fut traité par la méthode de l'injection, et sortit parfaitement guéri. Quelques mois après, il se développa à l'aine, vis-à-vis de l'anneau inguinal, une petite tumeur molle, indolente et fluctuante, et sans changement de couleur à la peau. Cette maladie fut prise, à ce qu'il paraît, pour une hernie, car un bandage lui fut conseillé. Malgré son emploi, la tumeur continua à s'accroître, et le malade entra à l'Hô-

tel-Dieu, au mois d'octobre 1829, pour réclamer les conseils de M. Dupuytren. Voici dans quel état il se trouvait :

Une tumeur arrondie et cependant un peu allongée, du volume d'un gros œuf de pigeon, existait vis-à-vis l'anneau inguinal; elle commençait à un demi-pouce de cette région, et venait se terminer près de l'épididyme. Malgré sa tension, elle était fluctuante et sans changement de couleur à la peau. Les efforts du malade pour tousser ne faisaient éprouver à la main appliquée sur cette tumeur aucune sensation de retentissement. On pouvait la faire rentrer dans l'intérieur du canal inguinal; mais on reconnaissait qu'elle était isolée ; enfin elle présentait une transparence très manifeste. Ces caractères ne laissant aucun doute à M. Dupuytren sur l'existence d'une hydrocèle enkystée, il résolut de la traiter par la méthode de l'incision.

Cette opération fut en effet pratiquée le 13 octobre 1829. Le malade étant couché sur le dos, on fit une incision sur la peau qui recouvrait la tumeur; cette incision fut faite avec beaucoup de précaution, et comme si l'on avait eu affaire à une hernie. On ne pouvait agir autrement, car on avait à éviter deux écueils : une erreur de diagnostic et la lésion d'une des parties constituantes du cordon, parties dont il était impossible d'assigner le rapport avec le sac. Les couches sous-jacentes furent successivement coupées, et l'on arriva enfin au kyste. Un jet de sérosité citrine indiqua qu'on avait pénétré dans son intérieur. L'ouverture fut agrandie avec un bistouri et des ciseaux; le doigt introduit dans le kyste ne fit reconnaître aucune communication. La sérosité qu'il contenait étant entièrement évacuée, on le remplit de charpie, afin de provoquer l'inflammation et par suite l'adhérence de ses parois.

Aucun accident ne se manifesta chez ce jeune malade. La charpie fut renouvelée. Au bout de quelques jours une inflammation modérée s'empara du kyste; une suppuration abondante eut lieu. Douze jours après, la plaie était cicatrisée (1).

(1) Observation recueillie par M. Paillard.

J'ai vu, continue M. Dupuytren, des centaines de cas d'hydrocèles enkystées du cordon, prises pour des hernies, et pour lesquelles on faisait porter des bandages. Chez un individu que j'ai traité de cette maladie et auquel on avait placé un bandage, convaincu qu'on était de l'existence d'une hernie, la tumeur continuellement refoulée était remontée dans le canal inguinal, elle prenait une extension continuelle et avait acquis un très grand volume.

L'incertitude où l'on est sur la nature de la tumeur, quels que soient les signes que nous possédions, est un motif pour rapporter de nouveaux faits.

Obs. IV. — *Hydrocèle enkystée.* — Jean-René, Gallois, âgé de 21 ans, d'une constitution saine et robuste, porte une tumeur assez considérable dans le côté gauche du scrotum. Cette tumeur, qui date de sa plus tendre enfance et dont la cause fut attribuée à la véhémence de ses cris, par sa nourrisse, s'est développée successivement, en suivant les progrès de l'âge et de l'accroissement du malade. Sa pesanteur particulière, le sentiment d'une fluctuation prompte, lorsqu'on la saisit d'une main en même temps qu'on presse de l'autre ou qu'on la comprime dans un endroit opposé ; sa transparence, enfin, lorsqu'on la présente vis-à-vis d'un corps lumineux après avoir eu soin de la comprimer pour tendre le scrotum et en effacer les vides ; tous ces caractères, dis-je, ne laissent aucun doute sur la nature de cette tumeur qui est évidemment aqueuse. Si l'on considère en outre le siége de cette hydrocèle, qui semble s'être accrue de haut en bas, sa figure conoïde, dont la base remonte très haut vers l'anneau inguinal, et l'espèce d'étranglement ou de resserrement qui existe entre elle et le testicule placé immédiatement au-dessous et formant comme une seconde tumeur à la partie inférieure du scrotum, on voit bientôt que cette hydrocèle est renfermée dans un kyste particulier ou une poche séreuse qui s'est développée spontanément dans le tissu cellulaire du cordon spermatique. D'ailleurs, l'on distingue très exactement la position de ce dernier en le saisissant à l'anneau et vers le testicule, soit par le

tact seul ou l'expérience de la bougie, qui prouve qu'il a été poussé et étendu à la partie antérieure et externe du kyste, qui est entièrement opaque en cet endroit.

Aurait-il existé une hernie non congéniale ou avec un sac particulier à cette époque de la vie, de sorte que, s'étant ensuite guérie et ayant perdu sa communication avec le péritoine, elle ait donné lieu à cet *amas d'eau*? C'est ce qu'il est impossible de déterminer et ce qui n'est même pas probable. Il est inutile d'entrer ici dans les détails et les raisons qui doivent faire préférer la méthode de l'injection dans la cure de ces sortes d'hydrocèles, et de dire combien il faut être attentif à distinguer la position du cordon et du testicule, ainsi que nous l'a prouvé encore récemment M. Dupuytren dans un cas singulier, où le testicule étant placé en avant et en haut de la tumeur il fut obligé de l'inciser latéralement et en dehors (1).

Cette incertitude, disons-nous, doit en quelque sorte indiquer le traitement à employer : la méthode de l'injection, en effet, est une des meilleures, des plus promptes et des plus simples contre l'hydrocèle enkystée. Mais si on avait commis une erreur de diagnostic et qu'on injectât un liquide irritant dans un sac herniaire, on aurait à redouter de graves accidents : cet accident n'est point une supposition : plusieurs fois cette injection dans le ventre d'un liquide irritant a été faite dans l'opération de l'hydrocèle vaginale, qui avait conservé sa communication avec le péritoine. Dans un cas, l'injection ne fut point suivie d'une inflammation mortelle ; mais dans un autre, elle détermina une péritonite qui amena rapidement la mort. Il faut, par conséquent, une prudence extrême pour ne pas compromettre la vie du malade ; si l'on est obligé d'injecter, on doit le faire avec précaution et en appliquant les doigts sur l'anneau inguinal, pour interrompre la communication contre nature.

Lors donc que l'on conserve le moindre doute, la moindre incertitude sur la nature de la maladie, il faut avoir recours

(1) Observation recueillie par M. Caron.

à une autre méthode que l'injection. L'incision du kyste lève toutes les inquiétudes à cet égard, et paraît devoir alors mériter la préférence dans le plus grand nombre des cas. Nous avons toutefois observé chez quelques sujets, que l'injection pratiquée dans une seule des parties a communiqué à l'autre une inflammation suivie de la formation d'un abcès, et ensuite de l'adhérence de ses parois. Par conséquent alors une seule opération a pu amener la guérison radicale des deux maladies, mais il ne conviendrait pas toujours d'opérer de cette manière.

Il est encore utile de faire remarquer la difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité de déterminer d'une manière précise les rapports du cordon des vaisseaux spermatiques avec l'hydrocèle enkystée du cordon. Aussi, par ce motif, doit-on, dans la méthode par incision, ne couper les parties qu'avec lenteur et prudence.

Sous le rapport de la forme, l'hydrocèle présente plusieurs variétés importantes. Ainsi la tumeur, ordinairement unique et régulière, est quelquefois étranglée à son milieu; c'est l'hydrocèle *en bissac*, dont les deux parties communiquent entre elles.

Obs. V. — *Hydrocèle en bissac.* — On reçut, en 1824, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui présentait un exemple remarquable de cette disposition : une portion de la tumeur occupait le scrotum, tandis que l'autre était située dans l'abdomen et se dilatait au-dessus l'anneau ; ce dernier était le siége du rétrécissement mitoyen. Lorsque le malade était debout, la partie apparente de la tumeur se remplissait davantage ; s'il toussait, elle se tendait ; elle se vidait, au contraire, lorsque le sujet se couchait horizontalement ou lorsqu'on la comprimait. Alors la partie abdominale de la tumeur et la région iliaque droite qu'elle occupait s'élevaient et devenaient plus volumineuses. La transparence de la tumeur externe, la manière dont elle s'était développée, caractérisaient assez une hydrocèle dans laquelle la tunique vaginale en s'étendant avait remonté vers l'anneau, et, l'ayant dépassé, s'était dilatée de nouveau dans l'abdomen.

On trouve quelquefois dans l'intérieur des hydrocèles simples des loges plus ou moins nombreuses, et une espèce de cellulosité qui retient le liquide, de telle sorte que quand on veut pratiquer la ponction, il ne s'écoule d'abord qu'une partie de la matière épanchée, et que l'on serait forcé de percer successivement toutes les cloisons, si l'on voulait vider entièrement la tumeur. Dans les cas de ce genre qui présentent une disposition analogue à celle que j'ai signalée dans les sacs herniaires que j'ai appelés multiloculaires, l'incision, comme dans le cas précédent, doit être préférée à toutes les méthodes. Cette règle n'est pas cependant sans exception, ainsi que le montre le fait suivant.

OBS. VI. — *Hydrocèle multiloculaire. — Double ponction. — Guérison.* — Un homme vint à l'Hôtel Dieu, dans les premiers jours de mai 1833, pour une tumeur qu'il portait au scrotum du côté gauche. Cet individu avait reçu, dix-huit mois auparavant, un coup sur le testicule. A partir de ce moment, l'organe se tuméfia inégalement. Lorsque M. Dupuytren l'examina, il existait dans cet endroit une tumeur inégale, liquide, fluctuante, transparente. Attribuant cette inégalité à la résistance de la tunique vaginale, M. Dupuytren plongea le trocart dans la partie la plus volumineuse de la tumeur; il en sortit de la sérosité jaunâtre, mais elle ne s'affaissa point et ne parut qu'à demi vidée. En touchant la partie qui était saillante, M. Dupuytren trouva une fluctuation marquée : il aurait pu introduire le trocart en travers, mais il fallait pour cela labourer; il préféra faire une seconde ponction. Il sorti un liquide trouble abondant; la bourse du côté gauche s trouva ramenée à son volume ordinaire. Le premier liquide se concréta facilement par la chaleur; le second ne changea point de nature : cependant l'examen qui en fut fait à la pharmacie centrale démontra que ce second liquide n'était autre chose que de l'albumine. Le cordon testiculaire était dans le même état que celui du côté opposé, et ne présentait aucun symptôme d'épanchement.

Cette observation me paraît mériter beaucoup d'importance, car il est arrivé quelquefois que des hydrocèles re-

gardées comme multiloculaires n'étaient autre chose que des hydrocèles de la tunique vaginale, compliquées d'une hydrocèle enkystée du cordon. M. le docteur Loir a présenté à la clinique du 19 février 1830 une pièce anatomique qui ne laisse aucun doute à cet égard. En effet le cordon des vaisseaux spermatiques distendu par un liquide, en d'autres termes l'hydrocèle du cordon nageait elle-même dans la sérosité citrine qui remplissait la cavité vaginale et faisait la base de la tumeur, ainsi formée de deux hydrocèles distinctes, mais qu'il était extrêmement difficile de diagnostiquer l'une de l'autre. Si l'observation prouve que la complication de ces deux hydrocèles peut quelquefois en imposer pour une hydrocèle multiloculaire, l'observation m'a également démontré qu'il existait des hydrocèles dont la poche ne pouvait se vider exactement après une simple ponction, et que cette disposition tenait à la multiplicité des loges et à une espèce de cellulosité qui retenait le liquide.

L'hydrocèle de la tunique vaginale présente de notables différences, suivant qu'elle survient chez des adultes ou qu'elle est congéniale. On sait que chez les fœtus qui ne sont point à terme, le testicule est contenu dans l'abdomen, et qu'il ne sort souvent qu'après la naissance. Le prolongement péritonéal dont il est accompagné, et qui formera plus tard la tunique vaginale, se ferme le plus ordinairement quelque temps après sa sortie; mais il peut arriver qu'avant cette époque il s'y glisse de l'eau provenant du bas-ventre. Il survient alors une hydrocèle qu'on a nommée congéniale, et que la pression fait disparaître parce que l'eau remonte dans la ventre.

J'ai constaté, dit M. Dupuytren, que cette espèce d'hydrocèle peut se montrer lorsque le testicule est encore renfermé dans l'abdomen, et se trouve placé derrière l'orifice supérieur du canal inguinal. Le mécanisme de sa formation est assez facile à comprendre. La portion péritonéale qui sert d'enveloppe vaginale au testicule, et qui correspond à l'ouverture abdominale du canal inguinal, se trouvant pressée, soit par le liquide contenu dans le ventre, soit par les intes-

tins ou l'épiploon, cède insensiblement à cette pression, s'allonge, s'engage dans le conduit que devait parcourir le testicule, et se porte enfin jusqu'au fond du scrotum. On observe alors dans cette bourse une tumeur fluctuante, translucide, molle, piriforme, qui disparaît presque entièrement par la pression exercée sur elle ou par le décubitus horizontal, mais qui, abandonnée à elle-même, reprend, peu d'instants après que le sujet est debout, son volume et sa forme ordinaires.

J'ai encore reconnu, continue M. Dupuytren, une seconde variété de l'hydrocèle congéniale qui a pour caractère le même allongement de la portion péritonéale qui devait constituer la tunique vaginale, pendant que le testicule engagé dans le canal inguinal est plus ou moins près de sortir entièrement.

Le corps de la tumeur, dans ces deux variétés d'hydrocèle, n'est recouvert que par les téguments du scrotum, par le tissu cellulaire sous-jacent et par la lame cellulo-fibreuse du *fascia superficialis*. La partie supérieure s'engage dans l'anneau du muscle grand oblique, et le testicule se trouve adhérent à la paroi postérieure de son col, comme il le serait au fond de la tunique vaginale. Enfin, l'orifice abdominal de l'hydrocèle communique avec la cavité du péritoine par une petite ouverture.

Ces deux variétés doivent être examinées avec beaucoup de soin, parce qu'on pourrait les confondre avec des hernies qui se développent également de haut en bas.

Parmi les maladies qui viennent souvent compliquer l'hydrocèle, nous ne devons pas oublier la hernie; c'est surtout chez les vieillards que cette disposition se rencontre. Le plus ordinairement l'hydrocèle passe en avant de la hernie; d'autres fois, mais très rarement, elle se glisse derrière. Quelques chirurgiens proposent de laisser alors la tunique vaginale intacte et de n'ouvrir que le sac herniaire. J'ai constaté, continue M. Dupuytren, que l'on n'épargne l'hydrocèle qu'aux dépens de l'étendue de l'incision du sac, au fond duquel les liquides séjournent ensuite. Il en résulte des inflammations rebelles et divers accidents que l'on aurait évités

en ouvrant en même temps la tunique séreuse du testicule. En se conduisant ainsi, l'on obtient la destruction de l'étranglement et la guérison radicale de l'hydrocèle.

Il arrive quelquefois, quand l'hydrocèle est située devant la hernie, qu'une partie de l'épiploon ou de l'intestin passent à travers les éraillements du tissu qui enveloppe la tunique vaginale et font saillie au milieu de l'eau qui constitue l'hydrocèle. Ces tumeurs secondaires sont recouvertes par le sac herniaire et par le feuillet séreux de la tunique du testicule. Dans six cas de ce genre, qui ont été soumis à mon observation, j'ai vu deux fois des symptômes d'étranglement dépendre de la constriction des organes à l'endroit où ils s'engageaient dans la poche séreuse du testicule. Chez les sujets qui présentaient cette disposition, la hernie, molle et indolente à sa partie supérieure, acquérait en bas et au niveau de l'hydrocèle, de la sensibilité, de la rénitence, et tous les symptômes d'étranglement se manifestaient. Il fut alors nécessaire de diviser la tunique vaginale remplie de sérosité, ce qu'on reconnut à l'écoulement de ce liquide, à la présence immédiate du testicule et au défaut d'ouverture supérieure dirigée vers l'anneau. L'on put ensuite apercevoir la saillie que faisait la hernie secondaire; et après avoir pénétré dans le sac herniaire, à côté d'elle, on débrida l'ouverture par laquelle les viscères s'engageaient dans la cavité de la tunique vaginale, et sans toucher à l'anneau on réduisit facilement les parties. Dans aucun cas, dit M. Dupuytren, je n'ai vu la tunique vaginale faire saillie et s'engager dans le sac herniaire.

L'hydrocèle pouvant être recouverte en partie ou en totalité par un sac herniaire plus ou moins rempli d'une portion de l'épiploon, lorsqu'on veut pratiquer la ponction, il faut avoir bien soin de ne piquer ni le sac herniaire, ni le testicule. Les rapports des deux sacs sont, dans ce cas, très importants à connaître. En effet, ces rapports sont loin d'être toujours les mêmes; ainsi dans quelques cas, quoique l'hydrocèle forme la partie la plus postérieure et la plus inférieure de la tumeur totale, souvent la tumeur aqueuse se

trouve placée au-devant et au-dehors de la hernie. Dans d'autres circonstances la tunique vaginale pénètre dans l'hydrocèle et constitue une véritable hernie aqueuse dans sa cavité. Le contraire peut avoir lieu, et l'on voit alors la tunique vaginale céder dans quelqu'un de ses points qui correspondent à la hernie, et il s'y forme une déchirure à travers laquelle une partie de celle-ci fait irruption. Souvent alors la dureté et l'élasticité des bords de cette déchirure, ainsi que son étroitesse, sont telles, que les parties qui forment cette espèce de hernie par prolongement se trouvent irritées, contuses, serrées à leur passage, et qu'il ne tarde pas à s'y développer les accidents de l'étranglement qu'on attribue, mais à tort, à la constriction exercée par l'anneau.

Ces derniers cas, dit M. Dupuytren, se sont présentés plusieurs fois à moi. Il importe beaucoup de les connaître et de se les rappeler lorsqu'on pratique les opérations de l'hydrocèle et de la hernie étranglée; on évite par là de plonger le trois-quarts dans un sac herniaire, d'inciser les enveloppes d'une hydrocèle pour celles d'une hernie, et de débrider l'anneau quand l'étranglement est produit par le resserrement de la déchirure de la tunique vaginale sur les parties qui ont pénétré dans sa cavité.

Parmi les complications de l'hydrocèle, nous ne devons pas passer sous silence le sarcocèle; en voici une observation intéressante :

OBS. VII. — *Hydro-sarcocèle. — Cas remarquable sous le rapport des difficultés de diagnostic.* — Il y a peu de temps, dit M. Dupuytren, un médecin de la marine vint me consulter pour une affection du testicule gauche. Elle avait été considérée comme une hydro-sarcocèle par quelques uns de nos confrères qui l'avaient examinée. Voici quelles en étaient les circonstances. Depuis l'enfance, le testicule gauche de ce malade n'était pas descendu dans le scrotum. Une tumeur d'un volume variable apparaissait fréquemment sur le trajet du cordon spermatique, descendait plus ou moins, quelquefois jusque dans les bourses, et, remontant ensuite peu à peu, disparaissait de nouveau par l'anneau inguinal. Enfin

elle finit par se fixer hors de l'abdomen. On croyait sans doute à l'existence d'une hernie, car, dès sa jeunesse, le malade porta constamment un bandage. Or, remarquez ce fait : il a dû puissamment influer sur les modifications survenues plus tard dans les organes. Car on peut admettre en principe que toutes les fois qu'un bandage n'est pas utile, il est presque toujours nuisible; il exerce une pression constante, soutenue, dont les effets sont presque toujours fâcheux; souvent on l'a vu déterminer des engorgements de nature squirrheuse. Cependant, depuis quelques années, le malade, âgé actuellement de trente-deux ans, avait cessé de le porter. Une circonstance dont il faut également tenir compte, c'est que la tumeur présentait fréquemment des variations très sensibles dans son volume. Pendant un long voyage qu'il avait été obligé de faire depuis un an, elle s'accrut considérablement. A son retour, on trouva de la fluctuation à la partie antérieure et inférieure; au-dessus et derrière cette fluctuation, une partie dure. Lorsque je vis le malade pour la première fois, je pensai en effet qu'il existait une collection de liquide; mais il était difficile, d'après tous les antécédents, de déterminer quel organe était représenté par la partie dure dont je viens de parler; je penchais pour un engorgement formé par une hernie avec adhérence : je me contentai de conseiller le repos, les bains, les topiques émollients, et de tenter ensuite les moyens de réduction : mais il fut impossible d'y parvenir.

Le malade, que ses affaires obligeaient à entreprendre de nouveau un voyage de longue durée, voulut à tout prix être délivré de son affection. La position était fort embarrassante pour l'opérateur. Il y avait, à la vérité, une collection de liquide, mais toute certitude se bornait à ce fait; au-delà tout n'était qu'obscurité. D'abord il est souvent bien difficile de distinguer l'hydrocèle compliquée d'un épaississement cartilagineux de la tunique vaginale, du sarcocèle; mais de plus nous avions à nous demander si cette hydrocèle était seule, si elle était accompagnée d'un sarcocèle, ou d'un engorgement du testicule, ou d'une hernie, et si cette hernie avait ou

non contracté des adhérences ; car l'une ou l'autre de ces hypothèses pouvait être une réalité. Chaque jour on rencontre de ces sortes de complications, et c'est sur ces différentes éventualités que nous devions régler notre conduite. Nous pensâmes à pratiquer d'abord une ponction exploratrice ; mais il s'agissait encore de savoir comment il fallait y procéder. L'usage du trocart, inoffensif et fort convenable dans le cas de simple hydrocèle, aurait été fort dangereux si la tumeur se fût trouvée formée par le testicule engorgé, mais sans dégénérescence ou par la présence de l'intestin ; on s'exposait à blesser l'un ou l'autre de ces organes. D'un autre côté, s'il y avait sarcocèle, la ponction devenait inutile.

Ces considérations nous décidèrent à ouvrir la tumeur avec le bistouri. Une incision, longue d'un pouce environ, est faite aux téguments sur la partie inférieure, prolongée un peu en arrière, en dédolant, et portée par degrés et avec prudence jusqu'à la poche des eaux. Cette poche présente un aspect bleuâtre ; elle est rénitente. L'ayant percée avec la pointe du bistouri, il s'en échappe aussitôt un liquide en tout semblable à celui de l'hydrocèle simple. Voulant prévenir l'infiltration de ce liquide dans le tissu cellulaire, nous crûmes devoir agrandir l'incision ; l'écoulement qui eut lieu peut être évalué à huit ou dix onces. La tumeur ne perdit que les deux tiers environ de son volume. On put voir alors d'une manière évidente que ce reste de la tumeur, cette partie dure dont nous avons parlé, était formé par le testicule lui-même. Mais dans quel état se trouvait-il ? Voilà la question importante qu'il était urgent de résoudre. D'abord cet engorgement tenait-il à une cause vénérienne, scrofuleuse, ou plutôt à une cause externe ? Il résulta des questions que nous adressâmes au malade qu'il n'avait jamais eu qu'un écoulement de cinq ou six jours ; d'un autre côté, bien qu'on observât chez lui quelques traits de la disposition scrofuleuse, ils n'étaient point assez prononcés pour qu'on pût lui attribuer le développement de cette affection ; le malade est d'une bonne constitution et a toujours joui d'ailleurs d'une parfaite santé. Tout nous portait donc à croire que cet en-

gorgement était le résultat de la compression exercée pendant de longues années sur le testicule par le bandage que l'on avait appliqué pour maintenir cette tumeur herniaire. Enfin, dans le cas où il aurait été l'effet d'une cause vénérienne, fallait-il borner là l'opération, réunir les plaies, et tenter la résolution par les moyens antisyphilitiques? On conçoit que toute décision à cet égard devait être subordonnée à la connaissance plus ou moins positive qu'on aurait acquise sur l'état de l'organe, tandis que l'appréciation des circonstances que nous venons d'énumérer ne pouvait nous servir qu'à calculer les chances de l'amputation.

Ayant examiné le testicule avec soin, nous trouvâmes à sa surface un certain nombre de bosselures et d'inégalités; il était dur, presque indolent; cette dureté était surtout remarquable dans l'épididyme, qui avait acquis un volume très considérable.

Il y avait donc de puissants motifs de croire à la dégénérescence d'une grande partie de l'organe, et nous résolûmes de l'enlever. Mais auparavant, ayant voulu constater l'état de la partie supérieure du cordon spermatique, dont nous reconnûmes l'intégrité, et celui de l'anneau inguinal, nous arrivâmes jusqu'à cet anneau sans difficulté, et nous le trouvâmes largement ouvert et parfaitement libre. Ce fut alors que nous pûmes concevoir pourquoi le volume de la tumeur avait présenté de si fréquentes variations en plus ou en moins; elles étaient évidemment dues à des alternatives de hernie et de réduction spontanée d'une anse intestinale. Mais comment se fait-il, d'après cette disposition de l'anneau, que la tumeur qui contenait le liquide n'ait pu être refoulée dans l'abdomen, malgré les tentatives qu'on a employées? Nous en trouvons l'explication dans la disposition que présentait l'épididyme : cet organe, placé à l'entrée de l'anneau, où il était refoulé par la tumeur, en fermait complétement l'ouverture. On sait que chez les chiens un repli péritonéal, placé là comme une espèce de soupape, s'oppose au retour des injections que l'on a poussées par la tunique vaginale. Chez ce malade, l'épididyme remplissait anormalement cette fonction naturelle du péritoine chez les chiens.

D'après cette disposition particulière de l'anneau, l'opération pouvait être suivie de deux accidents également fâcheux. D'une part une portion d'intestin pouvait sortir de l'abdomen et venir se fixer dans la plaie, comme cela arrive quelquefois après l'opération de la hernie étranglée. D'une autre part, s'il était survenu une hémorrhagie, le sang, en s'épanchant dans le péritoine, aurait déterminé une violente inflammation de cette membrane. C'est pour les prévenir que nous avons jugé convenable de lier avec un grand soin les vaisseaux du cordon, et que nous nous sommes appliqué à faire aussi la ligature des vaisseaux des téguments.

Récapitulons les circonstances de ce fait intéressant. Cette tumeur était formée à la fois par une collection de liquide, par le volume anormal du testicule, et, accidentellement, par la hernie d'une anse intestinale. Cette collection de liquide, que nous avons évaluée à huit ou dix onces, était le produit de la sécrétion morbide de la tunique vaginale, et constituait une hydrocèle véritable. Bien que l'anneau inguinal fût largement ouvert, la communication de la tunique vaginale avec la cavité du péritoine n'étant pas libre, ce qui tenait à une disposition particulière de la partie inférieure de ce canal, il n'avait pas été possible de réduire la poche qui contenait le liquide. Quant au parti que nous avons pris d'enlever le testicule, nous le croyons le plus sage. L'opération, il est vrai, a été douloureuse, longue, difficile ; mais tout cela n'est pas à comparer aux accidents qui seraient résultés de la marche ultérieure de la maladie, ou d'une opération dans laquelle nous nous serions proposé tout autre but. Du reste, l'examen de la pièce anatomique va décider en dernier ressort si nous avons bien ou mal agi. » Le testicule, qui était plus que triplé de volume, divisé avec le bistouri, a présenté l'état carcinomateux, mais au premier degré, c'est-à-dire sans dégénérescence et sans ramollissement. C'est une circonstance heureuse, dit M. Dupuytren, car il y a par cela même bien plus de chances pour la guérison radicale du malade. L'épididyme, qui est au moins quadruplé de volume, est dans le même état. La constitution générale

de l'individu, l'intégrité du cordon, la nature présumée de la cause de cette affection, tout nous fait croire que la guérison sera complète.

Arrêtons quelques instants votre attention sur plusieurs cas moins fréquents et moins connus. Des kystes séreux peuvent se développer dans l'une des bourses, à laquelle ils donnent un volume considérable. Souvent dans ce cas on a cru à une dégénérescence squirrheuse, et l'on a fait l'extirpation du testicule; d'autres fois ces kystes se montrent au milieu de l'organe lui-même. Ici se rapporte ce que Morgagni appelle les hydatides du testicule : c'est à la rupture de ces kystes qu'il attribue la formation des hydrocèles. Ayant observé, dit-il, dans tous les cas de cette maladie, des hydatides des testicules entières ou déchirées, ou bien des vestiges d'hydatides anciennes des tubercules blanchâtres, il se crut fondé à conclure que la rupture de ces hydatides était la cause la plus générale des hydrocèles, si elle n'était pas l'unique. Nous n'avons pas à discuter dans l'état actuel de la science la valeur de cette explication, nous ferons seulement observer qu'un kyste hydatide, développé dans l'épaisseur du cordon ou dans celle de l'une des bourses, peut, par sa mollesse, sa rénitence, sa transparence plus ou moins marquée, les bosselures et les autres caractères qu'il présente, faire croire à l'existence d'une hydrocèle du cordon ou de la tunique vaginale. C'est surtout avec les hydrocèles dont la cavité est divisée par des cloisons en plusieurs cellules qu'il est facile de les confondre. J'ai vu plusieurs individus de la même famille affectés de cette singulière maladie : je les traitai par l'incision du kyste, et ils furent tous guéris.

Les kystes purulents ou mélicériques, les testicules scrofuleux, et d'autres produits de l'inflammation chronique du testicule, que l'on a quelquefois appelés hydrocèles enkystées de cet organe, constituent des altérations entièrement différentes de celle dont nous nous occupons. Ces foyers purulents ou autres exigent, soit l'incision de leurs parois, soit l'extirpation de l'organe qui les renferme.

L'état de la tunique vaginale, ajoute M. Dupuytren, pré-

sente des degrés de désorganisation qu'il n'est pas sans intérêt d'étudier. Au début de la maladie, elle est mince, transparente et facile à traverser. Plus tard, lorsque l'affection est ancienne, cette enveloppe ou plutôt le tissu cellulaire de la face externe acquiert fréquemment une grande épaisseur et une densité voisine de celle du cartilage. Presque toujours alors il n'y a plus de transparence, et après la ponction, la tunique, au lieu de s'abaisser, reste comme une véritable coque autour de l'organe. Quelquefois j'ai vu, continue M. Dupuytren, ce feuillet séreux être le siége d'exhalations sanguines plus ou moins abondantes, ou présenter des plaques osseuses d'une étendue variable. Les trois observations suivantes vont nous donner une idée de ces altérations de la tunique vaginale et des difficultés que ces cas offrent pour la pratique.

Obs. VIII. — *Hydrocèle. — Dégénérescence cartilagineuse de la tunique vaginale. — Epanchement sanguin.* — Un vieillard vint en 1815 à l'Hôtel-Dieu portant dans les bourses une tumeur plus volumineuse que les deux poings réunis. Cette tumeur offrait en avant une fluctuation sensible et en arrière deux tubercules très durs ; elle était facile à isoler de l'anneau ; on jugea que c'était une hydrocèle ou un hydro-sarcocèle : l'individu ayant succombé à un état de faiblesse, on en fit l'ouverture. Sous la peau et le dartos était une membrane fibreuse plus épaisse, qui recouvrait une membrane cartilagineuse qui n'était autre que la tunique vaginale ; on l'incisa avec précaution ; il s'écoula aussitôt une grande quantité de liquide couleur de lie de vin, et il resta une matière de même couleur, sans consistance, sans cohésion, qui était du sang décomposé. En fendant en divers sens la membrane cartilagineuse, qui avait une demi-ligne d'épaisseur, on trouva le testicule appliqué sur elle, converti en une lame mince, et concourant à former ses parois. Les deux petits tubercules qu'on avait sentis étaient formés par un épaississement circonscrit du cartilage dont le centre était osseux.

Obs. IX. — *Hydrocèle. — Dégénération cartilagineuse de la tunique vaginale.* — Pendant l'année 1820, M. Ch..., de

Lille, âgé d'environ quarante ans, se présenta à M. Dupuytren. Il portait dans une des bourses une tumeur arrondie, inégale, dure, rénitente, opaque, dont le volume égalait au plus celui du poing d'un enfant de dix à douze ans, et qui, faisant corps avec le testicule, était, comme cet organe, mobile et suspendue au cordon. Ces signes pouvaient également faire croire à l'existence d'une hydrocèle compliquée de dégénération cartilagineuse de la tunique vaginale, d'un sarcocèle, ou d'une hydro-sarcocèle. Ils étaient les seuls que présentât la maladie elle-même; et si l'on suppose un moment que, par une cause quelconque, on eût dû prononcer, d'après leur seul examen, il est facile de voir dans quelle irrésolution on eût été jeté. Ici on n'eut point à résoudre cette difficulté: les renseignements fournis par le malade suffirent pour lever tous les doutes.

En effet, la maladie avait commencé depuis vingt-deux ans, c'est-à-dire à un âge où il se développe rarement des dégénérations carcinomateuses; ensuite elle n'était point douloureuse, mais incommodait seulement par son poids; enfin, on avait plusieurs fois, mais sans succès, tenté de la guérir par la ponction, suivie ou non d'injection; et chaque fois qu'on l'avait vidée, on avait pu s'apercevoir que le testicule était sain, mais que sa tunique devenait de plus en plus épaisse et dure.

Après ces données, il était impossible de se tromper: le malade était atteint d'une hydrocèle compliquée de dégénération cartilagineuse de la membrane vaginale. L'excision seule convenait, elle fut pratiquée par M. Dupuytren. A l'incision du kyste, on vit s'écouler une petite quantité de sérosité citrine et transparente. La cavité de l'espèce de coque cartilagineuse, en laquelle la membrane était transformée et dont les parois n'avaient pas moins de quatre à cinq lignes d'épaisseur, était divisée par des productions couenneuses, rudiments de cloisons qui se seraient par la suite organisés, et qui auraient séparé la cavité principale en plusieurs cavités secondaires. Le malade guérit parfaitement en un mois de temps (1).

(1) Observation recueillie par M. Marx.

Obs. X. — *Hydrocèle avec dégénérescence cartilagineuse de la tunique vaginale. — Épanchement sanguin.* — M. D... de Saint-Domingue, homme de couleur, âgé d'environ quarante ans, s'étant violemment froissé le testicule droit, n'avait cessé, pendant plusieurs années, d'y ressentir de vives douleurs, et de voir s'accroître de plus en plus le volume de cet organe. Il se détermina à venir à Paris. A son arrivée, le testicule était dur, pesant, inégal ; et, outre qu'il était habituellement dans un état de sensibilité assez vive, il était de temps à autre le siége de ces douleurs lancinantes qu'on a regardées comme un signe presque caractéristique de la dégénération carcinomateuse. M. Dupuytren prononça qu'il y avait un sarcocèle, et il en proposa l'extirpation, qui fut faite presque aussitôt. Pour plus de sûreté, l'opérateur, après avoir découvert l'organe par une incision, ayant reconnu qu'il existait à la surface un point fluctuant, y plongea comme il a l'habitude de le faire, la pointe de son bistouri; il sortit à l'instant et en jet un liquide roussâtre et inodore, analogue à celui qu'on trouve souvent dans les cellules des tumeurs dégénérées ; dès lors il n'y eut plus de doute, l'extirpation fut achevée.

La tumeur fut ensuite examinée. On trouva qu'elle était tout entière formée par la tumeur vaginale devenue cartilagineuse, et d'épaisseur inégale ; que la cavité dans laquelle la ponction avait été faite pendant l'opération n'était autre que sa propre cavité, et que le liquide qui s'était échappé lors de cette ponction devait les qualités et la couleur qu'il avait présentées, au mélange d'une certaine quantité de sang : celui-ci provenait d'une ouverture parfaitement ronde, régulière et égale, dont les bords étaient lisses et le diamètre d'environ deux lignes, qui, placée à la partie postérieure et inférieure de la poche, intéressait à la fois la tunique vaginale et la membrane albuginée. A travers cette ouverture on apercevait à nu la substance du testicule, lequel était sain ; de sorte que, bien que l'on n'eût pas d'abord parfaitement reconnu la nature de la maladie, on ne put pas se repentir de la conduite qu'on avait suivie (1).

(1) Observation recueillie par M. Sanson.

De toutes les méthodes employées pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle, la plus générale est celle de l'injection. J'ai cependant obtenu des succès du vésicatoire appliqué sur le scrotum. Cet agent produit alors une irritation qui se propage à la tunique vaginale, détermine l'absorption du liquide que cette membrane renferme, et l'adhésion réciproque de leurs surfaces opposées. C'est ce qui est arrivé dans l'observation que l'on va lire.

Obs. XI. — *Hydrocèle guérie par l'application d'un vésicatoire.* — Lobré (Joseph-Auguste), garçon confiseur, âgé de dix-neuf ans, entra le 28 janvier 1826 à l'Hôtel-Dieu, et fut couché au nº 27 de la salle Saint-Bernard; il était atteint d'une hydrocèle de la tunique vaginale du côté droit. Cette hydrocèle avait commencé cinq ou six ans avant, sans cause connue, et s'était accrue depuis avec beaucoup de lenteur. Elle était pyriforme, assez tendue et de moyen volume; on y distinguait bien la transparence; elle était exempte de douleur, et ne s'accompagnait d'aucun engorgement du cordon. Le jeune homme était d'ailleurs d'un tempérament sanguin, d'une excellente constitution, et jouissait d'une bonne santé. On résolut de pratiquer l'opération par injection. Le 1er février, tout étant prêt, un trois-quarts fut plongé dans la tumeur. L'introduction de cet instrument présenta quelques difficultés, et exigea un effort assez considérable d'impulsion; ce qui parut dépendre de ce que la canule ne s'adaptait pas exactement à la circonférence du poinçon vers son extrémité. Il sembla que la canule, après avoir traversé le scrotum, avait repoussé un moment au-devant d'elle la tunique vaginale, qu'elle l'avait traversée enfin, mais que le trois-quarts, obéissant à la force plus considérable qu'il avait fallu employer, était allé s'implanter dans un point opposé des parois de la cavité de la tunique vaginale. Aussi le poinçon du trois-quarts étant enlevé, il fallut retirer légèrement la canule elle-même pour obtenir l'écoulement de la sérosité. Celle-ci ne sortit pas en quantité proportionnée au volume de l'hydrocèle, parce que le testicule était engorgé, plus gros qu'à l'ordinaire, et formait pour son compte une partie du volume de la tumeur. Au reste il était indolent.

On s'était proposé d'abord de faire l'opération par injection, mais la ponction ayant présenté quelques circonstances qui faisaient craindre que le vin injecté s'infiltrât dans le tissu cellulaire voisin, M. Dupuytren pensa qu'il était prudent de ne pas recourir à cette méthode; il ne renonça point au projet d'obtenir la cure radicale de l'hydrocèle. Parmi les moyens propres à la déterminer, celui auquel on eut recours fut l'application d'un large vésicatoire sur toute l'étendue du scrotum. Cette application fut faite le jour même. Le lendemain, la vésication était produite, et s'accompagnait d'une tuméfaction des bourses presque entièrement semblable à celle qui survient à la suite de l'opération par injection. On jugea qu'il était convenable de l'entretenir et de l'augmenter encore en irritant de nouveau la surface du scrotum. Le vésicatoire fut pansé avec la pommade épispastique aux cantharides. Le troisième jour, la suppuration était établie; la tuméfaction des bourses était devenue plus considérable, elle était pour le moins égale au volume que présentait l'hydrocèle avant l'évacuation du liquide; elle paraissait être le résultat en partie de la tuméfaction du tissu cellulaire sous-scrotal, en partie d'un épanchement du liquide dans la cavité vaginale, et enfin du gonflement du testicule lui-même. Le quatrième jour, elle présentait les mêmes caractères et persistait au même degré; la suppuration du vésicatoire était abondante, et se faisait par toute la surface du scrotum.

Le malade avait éprouvé une douleur assez vive les jours précédents; il s'était manifesté aussi un peu de fièvre, des ténesmes au col de la vessie et de la difficulté pour uriner: ces accidents commençaient à se calmer, et furent de courte durée. La suppuration du vésicatoire fut entretenue au même degré jusqu'au 10 février environ; à cette époque, on commença à affaiblir la pommade épispastique avec du cérat simple, et à en diminuer chaque jour les proportions. La suppuration ne tarda pas à diminuer, et le vésicatoire était entièrement sec le 16 ou le 17 février. A cette époque la tuméfaction des bourses avait perdu la moitié de son volume; ce qui en restait paraissait dépendre du gonflement du tes-

ticule, et de la présence d'un liquide dans la tunique vaginale, qu'on reconnaissait à un mouvement obscur de fluctuation.

Le gonflement du testicule n'était considéré que comme le résultat d'une inflammation que l'on avait déterminée à dessein, et qui était nécessaire pour donner lieu à l'adhérence de la surface interne de la tunique vaginale. Mais la présence du liquide à une époque déjà un peu avancée du traitement faisait craindre qu'il ne devînt un obstacle à la cure radicale; cependant on ne perdit pas l'espoir de le voir se résorber bientôt en totalité. Le scrotum fut recouvert de compresses trempées dans une eau résolutive. Le 27 février, le malade demanda à sortir de l'hôpital. A cette époque, on ne trouvait plus de signe de fluctuation; le liquide paraissait avoir été résorbé en totalité; il ne restait de l'inflammation déterminée par l'application du vésicatoire qu'un certain degré d'engorgement au testicule; celui-ci avait diminué beaucoup depuis que le vésicatoire était sec. Les parties environnantes étaient revenues à leur état naturel; des adhérences s'étaient probablement établies entre la surface du testicule et celle de la tunique vaginale; et on avait l'espoir que le malade serait délivré pour toujours de son hydrocèle (1).

Les matériaux dont on se sert pour l'injection ne sont point indifférents; voici ceux dont l'expérience m'a démontré l'efficacité: dans une pinte de gros vin de Roussillon, on fait bouillir deux onces de roses de Provins, dont on augmente quelquefois la force par l'addition de quelques cuillerées d'eau-de-vie. Je fais successivement trois injections, de trois minutes de durée chacune. La seule précaution qu'il convienne de prendre, et dont je ne m'écarte jamais, c'est de m'assurer, avant chaque injection, que l'extrémité de la canule n'a pas abandonné la cavité de la tunique vaginale. Si des mouvements latéraux imprimés au pavillon sont exécutés librement par l'extrémité opposée, on peut injecter

(1) Observation recueillie par M. Clément.

sans crainte; si au contraire ces mouvements sont gênés, il est probable que, par suite du retrait des parties, la tunique vaginale a abandonné la canule dont l'extrémité se trouve placée dans le tissu cellulaire, et il faut s'abstenir de faire l'injection tant qu'elle n'est pas replacée convenablement. C'est en négligeant ces préceptes qu'on a vu quelquefois la matière de l'injection passer dans le tissu cellulaire au lieu de pénétrer dans la tunique vaginale, comme nous le verrons tout-à-l'heure. Ce procédé opératoire peut donner lieu à des accidents nerveux, à des spasmes, à des convulsions. L'inflammation qui suit toujours l'injection est souvent très violente; mais elle se borne à la tunique vaginale, à la peau; rarement observe-t-on des abcès dans le testicule. M. Pelletan a vu survenir un tétanos à la suite d'une opération d'hydrocèle par injection.

Obs. XII. — *Hydrocèle.* — *Ponction.* — *Fausse route.* — *Le liquide est introduit dans le tissu cellulaire.* — Un individu atteint d'hydrocèle vint dans un hôpital pour y être traité. La ponction fut pratiquée, mais l'injection, au lieu d'être poussée dans la tunique vaginale, s'arrêta dans le tissu cellulaire; il en résulta une inflammation des plus violentes, qu'on eut toutes les peines du monde à vaincre. L'épanchement ayant reparu, le malade vint, en 1833, à l'Hôtel-Dieu, pour y réclamer des secours plus efficaces. M. Dupuytren résolut de l'opérer par incision : au bout de vingt-quatre heures, le malade fut pris d'envies de vomir; peu de temps après, il se manifesta une hémorrhagie; elle se renouvela deux fois. M. Dupuytren leva l'appareil, lava la plaie, et mit dessus des compresses trempées dans l'eau froide; il ne voulut point tamponner, parce que le sang venait de l'anneau inguinal. Il n'est personne qui ne sache qu'en Allemagne, dans les grandes hémorrhagies, on expose les membres à l'air en les arrosant avec de l'eau. Cette méthode ne saurait être approuvée dans les hémorrhagies des gros vaisseaux, la ligature offrant des moyens sûrs; mais dans les hémorrhagies des petits vaisseaux avec des symptômes inflammatoires, cette méthode est bonne : c'était le cas

du malade opéré par M. Dupuytren ; il était dans la période inflammatoire ; l'hémorrhagie ne reparut point. Il en eût été autrement si l'on eût employé le tamponnement. Un homme amputé de la cuisse, dit M. Dupuytren, reçut un coup sur le moignon ; il s'écoula aussitôt du sang ; je dépansai le membre : la surface de la plaie était grise, mais je ne pus découvrir le vaisseau qui fournissait le sang. Je tamponnai, il se manifesta de la douleur, et l'hémorrhagie revint. J'ôtai de nouveau l'appareil ; la douleur et l'hémorrhagie cessèrent. Deux fois je le remis, deux fois l'hémorrhagie reparut. Il aurait fallu être aveugle pour ne pas voir que l'appareil excitait la tension des parties, et par suite l'hémorrhagie (hémorrhagie que j'ai appelée autrefois par irritation) ; aussi ne l'appliquai-je plus. Depuis, j'ai eu occasion de voir des hémorrhagies capillaires qui étaient produites par l'irritation. En écartant les pièces de l'appareil, elles cessaient le plus ordinairement. Ce sont des hémorrhagies qu'il faut traiter médicalement par des moyens émollients, par des saignées, des applications d'eau froide, et l'éloignement des moyens irritants.

La douleur accompagne très souvent l'injection ; mais il peut arriver qu'elle manque entièrement ; M. Cruveilhier a recueilli deux observations qui ne laissent aucun doute à cet égard. La première est relative à un homme âgé de cinquante-deux ans, qui portait une hydrocèle du côté droit. D'après les conseils d'un médecin, il reçut sur la partie malade les vapeurs d'une solution d'eau de guimauve, de fleurs de sureau et de pavot, dans laquelle il avait fait dissoudre de l'eau de boule de Nancy. L'effet de ce remède fut si prompt, au rapport du malade, que le testicule revint presque à son volume naturel au bout de sept à huit jours. Un mois après une guérison aussi extraordinaire, il se déclara une douleur très vive dans la poitrine, douleur que des vésicatoires volants et des potions antispasmodiques dissipèrent complétement. Dès ce moment, le testicule parut au malade plus volumineux que dans l'état naturel, mais il resta stationnaire jusqu'au 1er mars 1813, époque à laquelle l'hydrocèle se montra de nouveau et acquit bientôt le volume

qu'elle avait la première fois. Lorsque M. Dupuytren examina la tumeur, il fut frappé de sa pesanteur considérable. Le malade ayant été préparé, la ponction fut pratiquée, et l'on fit ensuite deux injections qui ne déterminèrent aucune douleur. L'absence de ce symptôme aurait pu sembler de mauvais augure à beaucoup de praticiens, mais l'expérience a démontré à M. Dupuytren que la douleur n'est point une condition essentielle de la réussite de l'opération, et que l'irritation n'en est pas moins produite. Les suites de cette opération n'ont rien présenté de particulier, et le malade est sorti guéri.

Le second individu fut aussi traité par la ponction sans qu'il se manifestât de douleur ; il guérit dans le même espace de temps.

M. Lisfranc a également recueilli dans le service de M. Dupuytren deux faits d'injection qui ne donnèrent lieu à aucune douleur ; aussi pense-t-il qu'on ne peut rien conclure de l'absence ou de la présence de la douleur pour le succès ou l'insuccès de l'opération. Ce phénomène dépend uniquement de l'idiosyncrasie des sujets.

Le passage du liquide dans le tissu cellulaire peut encore donner lieu à la gangrène et à la chute du scrotum ; ces inconvénients qu'on reproche à la méthode des injections ne dépendent que de la manière d'opérer.

L'injection est le moyen le plus généralement employé; quoiqu'elle réussisse quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent, M. Dupuytren l'a vue échouer six ou sept fois dans sa longue pratique. Ce procédé n'est point le seul que l'on mette en usage; il est d'autres cas qui exigent l'emploi de méthodes opératoires différentes. Ainsi quand la cavité de la tunique vaginale est séparée en plusieurs cellules, ce qu'on reconnaît aux bosselures de la surface de la tumeur, à la transparence de ces bosselures, à l'opacité des enfoncements qui les séparent, et surtout à une obscurité particulière de la fluctuation, il est évident qu'une incision qui ouvre toutes les cellules doit être préférée aux injections successives; c'est encore l'incision qu'il faut faire succéder à la ponction, lorsqu'on s'aper-

çoit par la petite quantité de sérosité qui s'écoule au-dehors, que la tumeur présente la disposition dont il s'agit.

Si, au lieu de cette disposition, l'ancienneté de la maladie, l'opacité de la tumeur, sa dureté, son moindre volume, etc., font juger que la tunique vaginale est devenue cartilagineuse, c'est l'excision qui convient. Voici comme agit M. Dupuytren dans cette circonstance : il embrasse en dessous toute la tumeur avec la main gauche, afin d'en étendre autant que possible la paroi antérieure, d'inciser en second lieu, selon qu'il lui paraît nécessaire ou non d'emporter un lambeau des téguments, puis d'énucléer en quelque sorte la tunique vaginale en la repoussant d'arrière en avant, de la chasser en un mot, à peu près comme on expulse un noyau du fruit en le pressant avec les doigts. Cela fait, il ouvre le kyste, et l'excise. La plaie est aussitôt remplie de charpie mollette, quel que soit le procédé qu'on ait suivi, et le reste du pansement est absolument le même qu'après l'incision simple.

Le traitement de l'hydrocèle chez les enfants présente quelques particularités que nous allons faire connaître. Dans l'hydrocèle congéniale, on a proposé de faire rentrer l'eau dans le ventre par une pression méthodique, et de l'y retenir avec un brayer dont la pelote porterait exactement sur l'anneau. La nature ferme l'ouverture du prolongement du péritoine qui donne naissance à la tunique vaginale comme elle l'aurait fait sans l'obstacle qui s'y oppose, et le malade se trouve débarrassé de son incommodité. Cette méthode, que l'on doit à Viguerie, pourrait être dangereuse et suivie d'accidents quand le testicule est encore contenu dans l'abdomen ou dans le canal inguinal.

On s'est trouvé très bien alors des bains froids, qui resserrent les parties et font rentrer une portion de la tunique vaginale ; des vésicatoires appliqués sur la tumeur ont provoqué, chez quelques sujets, l'absorption de liquide épanché et l'adhésion des parois opposées de la poche qui le recevaient. Ces méthodes de traitement présentent le grand avantage de combattre efficacement l'hydrocèle, en même temps

que, ne comprimant pas le testicule, elles permettent à cet organe de descendre librement.

Enfin, lorsqu'on a recours à l'opération, la connaissance des variétés que la disposition des parties peut présenter est fort utile; elle engage le praticien à modifier les procédés opératoires, de manière à éloigner les dangers qu'ils sont susceptibles de faire courir aux malades, en même temps qu'elle devient plus efficace contre l'hydrocèle elle-même.

Dans le cas d'hydrocèle congéniale, avant de faire l'injection, il faut s'assurer d'abord que le testicule est dans la tumeur et qu'il ne contient pas d'intestin ou d'épiploon. Un aide doit exercer sur le sommet de l'hydrocèle, à la fin du canal inguinal, une compression assez forte et assez exacte pour rapprocher ses parois. Alors le chirurgien, évacuant à l'aide du trois-quarts le liquide épanché, pratique, suivant le procédé ordinaire, des injections que l'aide empêche de remonter trop haut. L'opération étant terminée, un bandage à pelote, semblable à ceux qui servent à contenir les hernies, doit être appliqué sur la fin du canal inguinal. De cette manière, on a obtenu la guérison radicale de l'hydrocèle, la séparation qui doit exister entre la cavité qui loge le testicule et la cavité abdominale, et prévenu le danger des hernies congéniales qui compliquent souvent les hydrocèles du même genre. Il est évident que si une hernie semblable compliquait la maladie, il faudrait la réduire avant d'opérer, et tâcher de la maintenir réduite pendant toute la durée du traitement.

ARTICLE V.

DES ENGORGEMENTS DES TESTICULES. — ENGORGEMENTS INFLAMMATOIRES, SCROFULEUX ET VÉNÉRIENS.

L'art du chirurgien ne consiste pas seulement à retrancher les parties malades ou frappées de mort, mais encore à conserver celles que le praticien vulgaire n'eût pas hésité à amputer. Que d'infortunés sont revenus des champs de bataille plus maltraités par des mains inhabiles que par la mitraille! Nons pourrions citer bon nombre d'hôpitaux où la manie de faire des opérations a entraîné la perte d'une foule de victimes. Combien de chirurgiens, par exemple, ne balancent point à amputer les membres affectés de tumeurs blanches, sans s'inquiéter si le poumon est le siége de tubercules ou d'autres altérations! Jamais ce désir d'opérer ne nous a paru plus prononcé que dans les engorgements des testicules. Que d'organes enlevés qui auraient être conservés! On aurait dû cependant s'apercevoir que la tristesse, le chagrin et la mélancolie finissaient presque toujours par conduire au tombeau ceux qui avaient subi cette cruelle mutilation. Nous avons entendu dire à Boyer que beaucoup de ceux à qui il avait amputé les testicules étaient morts de chagrin ou s'étaient suicidés. Ce résultat déplorable n'avait point échappé à M. Dupuytren : aussi est-il parvenu, depuis plusieurs années, à prévenir l'opération dans un grand nombre de cas, en remontant à l'origine du mal.

Tous les ans on reçoit à l'Hôtel-Dieu environ une centaine d'individus atteints d'engorgements de testicules. La plupart d'entre eux sortent guéris sans qu'on ait été obligé de les opérer.

Plusieurs malades sont en ce moment dans la salle Sainte-Marthe. Chez les uns, l'engorgement a pour siége l'épidi-

dyme ; chez les autres, c'est le corps même du testicule qui est affecté ; chez d'autres, enfin, l'épididyme et le testicule sont engorgés. Dans ces différents cas, l'engorgement a été trois fois la suite d'une blennorrhagie, deux fois il est survenu sans qu'il existât antérieurement aucun écoulement.

Les engorgements des testicules peuvent exister à l'état aigu ; cette forme nous paraît assez importante pour que nous en disions quelques mots avant d'examiner les engorgements chroniques.

Les inflammations qui surviennent aux testicules à la suite de blennorrhagies sont loin d'être rares, et la pratique de la ville et des hôpitaux en offre en tout temps de nombreux exemples. Mais ces inflammations se terminent ordinairement par résolution ou par cet état stationnaire, cet engorgement chronique qui n'est que le premier temps du squirrhe, et très rarement on les voit suivies de suppuration et d'abcès. Il peut donc être intéressant de signaler un cas où l'inflammation a affecté cette dernière terminaison.

Obs. I. — *Inflammation blennorrhagique du testicule et de ses enveloppes. — Abcès. — Guérison.* — Un jeune homme se présenta dernièrement à l'Hôtel-Dieu de Paris, et fut couché au nº 36 de la salle Sainte-Agnès. Il était affecté d'un engorgement inflammatoire des plus intenses dans le testicule gauche, avec symptômes d'une réaction fébrile fort énergique ; il avait en même temps une chaudepisse évidente, qu'il niait cependant, et c'était à cette dernière seule que l'engorgement du testicule pût être raisonnablement attribué.

Le malade fut saigné, mis à la diète et à l'usage d'une boisson délayante. Des cataplasmes émollients lui furent appliqués *loco dolenti*, et renouvelés matin et soir ; il dut garder le repos absolu, et ses bourses furent soutenues par un bandage en suspensoir. Les jours suivants, on ajoute à ces moyens l'application d'un grand nombre de sangsues et des bains généraux.

Ce traitement, que nous avons vu tant de fois suivi d'un plein succès, n'eut dans ce cas aucune efficacité. L'inflammation ne fit que s'accroître, et bientôt la suppuration devint

imminente. On craignit d'abord que l'abcès ne se fût formé sous la tunique albuginée et dans l'intérieur même du testicule. On avait à redouter dans ce cas l'atrophie complète de cet organe; mais l'événement vint bientôt dissiper ces craintes. La peau des bourses s'enflamma, s'amincit, se perfora, et ne donna issue qu'à du pus homogène et de bonne nature. Chacun sait que, si la membrane albuginée eût été ouverte, on eût vu, à chaque pansement, une quantité plus ou moins considérable des vaisseaux spermatiques se présenter au fond de la plaie sous l'aspect de filaments, et se dévider en quelque sorte comme une pelote de fil.

Rien de semblable n'eut lieu. On agrandit alors l'ouverture, et bientôt la suppuration pouvant sortir librement, le foyer se vida, ses parois se rapprochèrent, la plaie se cicatrisa, et le malade guérit en conservant son testicule (1).

Cette observation est intéressante, non seulement à cause de la formation d'un abcès, terminaison assez rare de l'orchite, mais encore parce qu'elle est une nouvelle preuve du siége de l'inflammation en dehors du parenchyme du testicule. Ce dernier point ressort en effet, d'une manière évidente, des circonstances qui ont accompagné et suivi la formation de l'abcès.

Mais voyons si cette même observation ne pourrait pas nous fournir encore d'autres lumières sur la manière dont l'irritation urétrale se transmet au testicule ou à ses enveloppes.

On s'est demandé long-temps si l'engorgement connu sous le nom d'orchite, et qui survient pendant le cours d'une blennorrhagie urétrale, était le résultat d'une métastase, d'une sympathie, ou simplement d'une extension de l'inflammation au testicule par voie de continuité de tissu.

Le moment de décider cette question nous semble arrivé, et nous croyons devoir entrer dans quelques considérations propres à l'élucider.

Nous allons donc examiner ces trois modes de transport,

(1) Observation recueillie par M. Paillard.

et nous efforcer d'établir leur existence, en même temps faire connaître quelques signes propres à les distinguer.

L'orchite métastatique ne nous semble pas pouvoir être mise en doute; elle est la plus fréquente de toutes, et caractérisée par la disparition subite de l'irritation urétrale, et son transport sur le testicule ou ses enveloppes. La cessation brusque de l'écoulement blennorrhagique est le signe pathognomonique qui la distinguera des suivantes.

D'autres fois, il survient une inflammation au testicule pendant le cours d'une blennorrhagie, et cependant l'écoulement n'en est que peu ou point modifié. Cette inflammation ne peut être, dans ce cas, que sympathique ou par continuité de tissu, et voici à quels signes nous en reconnaîtrons le caractère :

L'inflammation sympathique a lieu le plus souvent dans la tunique vaginale, et elle s'accompagne alors d'une énorme distension des bourses. C'est là le cas de l'individu dont nous avons rapporté l'histoire en commençant; lorsqu'elle a lieu dans le testicule lui-même, la tumeur n'est jamais aussi considérable, attendu que la tunique albuginée, par le fait seul de sa structure, ne saurait se prêter à une dilatation aussi grande qu'il faudrait qu'elle le fût ponr environner une tumeur du volume de celles qu'on observe quelquefois. La raison anatomique et les faits se réunissent ici pour nous faire concevoir que, dans le cas d'énorme distension des bourses, la tumeur est formée par la tunique vaginale et non par le testicule. Or, si l'inflammation a lieu dans l'une des enveloppes de ce dernier, il est évident qu'elle ne peut plus être le résultat d'une extension par continuité de tissu. L'inflammation sympathique du testicule nous semble donc une chose, sinon prouvée, du moins très probable.

L'inflammation transmise au testicule par continuité de tissu, quoique plus rare que la précédente, ne nous semble pas non plus devoir être rejetée. En effet, nous avons remarqué une inflammation vraiment testiculaire dans laquelle la tumeur très dure, très douloureuse, mobile au milieu des bourses et toujours peu considérable, présentait sur un de

ses points une saillie formée par l'épididyme engorgé. Ce dernier phénomène nous a paru un caractère propre à l'orchite blennorrhagique survenue par continuité de tissu, car nous ne l'avons jamais rencontré dans celles occasionnées par une violence extérieure, non plus que dans les cas où la phlegmasie s'était transportée brusquement de l'urètre au testicule.

L'engorgement chronique du testicule peut se montrer, avons-nous dit, à la suite d'une blennorrhagie; mais il peut survenir sans qu'il existe antérieurement aucun écoulement.

Obs. II. — *Hydro-sarcocèle. — Traitements explorateurs. — Considérations sur le mode d'ablation du testicule.* — Il y a environ deux mois que l'un de ces individus, âgé de quarante ans, vint à la consultation pour se faire traiter d'une tumeur qui occupait le testicule droit. L'organe présentait un volume six fois plus considérable que dans l'état sain. En le touchant, on sentait un endurcissement tel qu'on ne le rencontre pas dans l'hydrocèle, tandis qu'on distinguait manifestement à la surface des bosselures et des inégalités qui sont un signe presque caractéristique de l'existence du squirrhe. Le poids du testicule était considérable. Interrogé sur la cause de sa maladie, cet homme répondit qu'il l'attribuait à un froissement de l'organe. Dans le plus grand nombre de cas, dit M. Dupuytren, j'ai eu l'occasion de constater que l'engorgement des testicules provenait de violences extérieures, d'anciennes maladies vénériennes, d'une disposition scrofuleuse ou d'un vice interne : aussi ai-je pour règle de ne jamais pratiquer l'opération avant d'avoir fait usage pendant un mois, six semaines, du traitement que je crois approprié à la cause de l'affection.

Les premières explications données par le malade firent conjecturer à M. Dupuytren que l'engorgement était dû à une violence extérieure : aussi pensa-t-il que le traitement antiphlogistique résoudrait la tumeur. La constitution du malade ne pouvait pas faire présumer qu'elle tînt à un vice scrofuleux ; en conséquence, il recommanda de faire une application de sangsues sur la tumeur, de la recouvrir de cataplasmes émollients, d'aller au bain et d'être extrêmement

sobre dans le régime. Cet individu revint à la consultation n'ayant éprouvé aucune amélioration dans son état. On l'engagea à recourir une seconde fois aux mêmes moyens, mais ce fut inutilement.

Admis dans l'hôpital il y a environ un mois (11 novembre), il fut examiné pour la seconde fois. Ses demi-aveux firent soupçonner d'anciennes affections syphilitiques : aussi M. Dupuytren prescrivit-il le traitement anti-vénérien qu'il emploie avec succès depuis nombre d'années. Le malade fut mis à l'usage de la *décoction de salsepareille*, *de squine* et *de gayac* (de chaque une once pour une pinte et demie d'eau qu'on laissera par ébullition réduire à une pinte), avec addition de *quatre à six onces de sirop sudorifique ;* trois fois par jour il prenait une des pilules suivantes :

Deuto-chlorure de mercure. .	$\frac{1}{8}$ gr.
Opium gommeux	$\frac{1}{4}$ gr.
Extrait de gayac.	4 gr.

L'expérience ayant appris à M. Dupuytren que des doses fractionnées agissaient plus efficacement que celles qui étaient plus fortes, il donne chaque jour ces pilules contenant chacune *un huitième*, *un sixième de grain de sublimé*, de telle sorte que le malade n'arrive que graduellement à la dose entière, qui n'est que d'un demi-grain.

Presque toujours, au bout d'un mois ou deux, les accidents sont dissipés à l'aide de ce traitement ; mais, malgré la persévérance que l'on mit dans l'emploi de ces moyens, le malade n'en retira aucun avantage.

Le testicule avait au contraire augmenté de volume ; il était pesant, bosselé. L'individu éprouvait des douleurs lancinantes qui se propageaient le long du cordon jusqu'aux reins. Dans cette situation, M. Dupuytren a pensé qu'il serait dangereux de reculer plus long-temps l'opération. Je ne crois pas me tromper, ajoute M. Dupuytren, en annonçant d'avance qu'il y a dans la tunique vaginale une couche de liquide épanché ; mais cette hydrocèle symptomatique n'est point la maladie, l'affection principale est l'engorgement du

testicule, par suite de l'altération de sa substance propre. Il est probable que la dégénérescence n'est pas avancée ; car, s'il faut ajouter foi aux paroles du malade, l'engorgement ne daterait que de trois mois. S'il avait un an de durée, je n'hésiterais point à proclamer qu'on trouvera le testicule ramolli, grisâtre, présentant, en un mot, les caractères du cancer cérébriforme.

Mais de quelle manière enlèvera-t-on cet organe ? La réponse est aisée : par un procédé aussi prompt et aussi sûr que possible. On fera sur les parties antérieure et même postérieure une incision commençant à la hauteur de l'anneau inguinal, se portant à la partie inférieure et se relevant postérieurement. Faisons connaître les motifs de cette incision. Le testicule n'est pas seulement affecté dans l'engorgement squirrheux, souvent aussi l'altération a gagné une portion des vaisseaux spermatiques ; c'est donc pour suivre les parties malades que l'incision s'étend jusqu'à l'anneau inguinal ; elle parcourt toute la longueur de l'organe pour le faire sortir en entier de ses enveloppes ; car si l'ouverture avait seulement deux à trois pouces d'étendue, le testicule ne pourrait facilement être attiré au-dehors, et la dissection deviendrait extrêmement pénible. Le but de l'incision en arrière n'est pas moins facile à comprendre : si elle ne se prolongeait pas dans cette partie, les bourses, en revenant sur elles-mêmes, formeraient des sacs où le pus s'accumulerait.

L'incision terminée, il faut s'occuper aussitôt de lier les vaisseaux, le spasme et l'action de l'air pouvant les faire remonter ; et alors on aurait à craindre que l'humidité et la chaleur amenant leur détente, il n'y eût hémorrhagie. Après ce temps de l'opération, on fait sortir le testicule, on le saisit, et on donne les bourses à tenir aux aides ; on dissèque le cordon : s'il y a des vaisseaux ouverts, on les lie, parce que l'écoulement du sang pourrait déterminer des infiltrations, des inflammations, des abcès, et qu'on serait contraint, en dernier ressort, de recourir à la ligature. Il faut avoir soin d'enlever tout le tissu cellulaire qui environne le testicule, le cordon, les membranes, et même le muscle crémas-

ter. On examine le cordon : s'il est sain, on le coupe au-dessus du testicule ; s'il est altéré, l'incision doit être portée bien au-delà de la partie malade.

Divers procédés sont employés pour l'extirpation des testicules chez les animaux : les uns tordent le cordon des vaisseaux spermatiques et l'arrachent ; d'autres le distendent, et l'arrachent sans le tordre. On s'aperçoit aisément que cette opération est très douloureuse par la position qu'affectent les animaux, et par l'attention qu'ils ont de diminuer la longueur de leur ventre. L'arrachement n'est pas, à la vérité, suivi d'hémorrhagie, mais cet avantage ne nous paraît point devoir contrebalancer les accidents graves auxquels il pourrait exposer l'homme. En Normandie, on enlève les testicules des chevaux en les comprimant entre deux bâtonnets ; la gangrène amène la séparation des parties. Ce moyen dangereux entraîne souvent la perte d'un grand nombre de chevaux.

Chez l'homme, l'ablation des testicules a lieu de deux manières. Une section pure et simple pourrait occasionner une hémorrhagie ; d'ailleurs les parties n'ont pas autant de force rétractile que dans les animaux. On est donc obligé, dit M. Dupuytren, d'embrasser le cordon dans une ligature générale. Cette ligature comprendra le canal déférent, le crémaster et les vaisseaux ; elle devra surtout embrasser les nerfs des testicules, les vaisseaux spermatiques et le cordon. Mais cette méthode est elle-même très douloureuse, et il vaut mieux faire des ligatures partielles. Si l'on fait la section du cordon avant la ligature, celle-ci devient plus facile à pratiquer. On aura soin de ne pas couper trop près de l'anneau inguinal, sans cela on aurait à redouter des hémorrhagies internes. Pour s'opposer à la rétraction du cordon, on a ordinairement recours à la ligature générale ; mais cette ligature est très douloureuse, il est plus simple de fixer le cordon spermatique, en le traversant avec un *tenaculum*. On le coupe ensuite au-dessous de cet instrument.

Cette section achevée, on absterge la surface pour voir d'où coule le sang, et l'on fait des ligatures partielles. Si l'opération a été courte et simple et les ligatures bien placées, on

pourra réunir les lèvres de la plaie par première intention. Mais on sait que le tissu des bourses jouit de la rétractilité et de l'extensibilité; par suite de ces propriétés, les lèvres de la plaie s'écartent, se reportent en dedans, et la peau seulement se trouve en contact.

Cette disposition est un grand obstacle à la cicatrisation; aussi, M. Dupuytren a-t-il imaginé, pour empêcher l'adossement de la peau, de faire usage de deux ou trois points de suture. Cette précaution a le grand avantage de rendre très prompte la guérison, et de s'opposer aux effets de l'hémorrhagie.

Les extirpations des testicules sont très rares à l'Hôtel-Dieu de Paris, tandis qu'elles sont fort communes dans d'autres hôpitaux: nous en avons dit plus haut les raisons. Nous ajouterons que le traitement de l'Hôtel-Dieu n'empêche point de pratiquer plus tard l'opération; d'où résulte l'important précepte de ne point extirper un testicule réputé cancéreux, avant de s'être bien assuré que la maladie ne tient point à une inflammation par cause extérieure, à une affection scrofuleuse ou syphilitique. Sans cette précaution indispensable, l'on s'exposerait à voir survenir, au bout d'un temps plus ou moins long, l'engorgement du second testicule. L'observation suivante en est un exemple bien frappant.

Obs. III. — *Engorgement présumé squirrheux. — Amputation. — Nouvel engorgement. — Traitement antivénérien. — Guérison.* — M. ***, âgé de quarante ans, cultivateur, portait, depuis deux ans, un engorgement du testicule gauche. Ce malade, ancien soldat, avait eu quelques affections vénériennes. Cependant le volume, la dureté et les douleurs lancinantes ne laissèrent aucun doute sur la nature de l'engorgement: on le crut squirrheux; l'ablation proposée fut acceptée par le malade, et pratiquée par le docteur C... Le cordon, les glandes de l'aine ne présentèrent aucune altération; la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation; mais, au bout d'un mois, le testicule droit commença à s'engorger. Etait-ce une récidive? Dans cette supposition, convenait-il d'amputer encore cet organe? N'était-il pas à craindre que le

mal ne se propageât dans l'abdomen? Le cas était fort embarrassant. M. Dupuytren fut alors consulté; son expérience et l'habitude d'interroger avec soin les malades, et de leur faire subir un traitement en rapport avec la cause présumée de l'engorgement, avant de pratiquer l'opération, le conduisirent à prescrire les antivénériens. A peine un mois s'était il écoulé que l'engorgement diminua de volume, et bientôt il ne tarda pas à se résoudre complétement.

Obs. IV. — *Engorgement syphilitique pris pour une affection cancéreuse. — Ablation d'un testicule. — Récidive. — Traitement antivénérien. — Guérison. — Hydrocèle consécutive.* — M. B..., de Nancy, âgé de trente-quatre ans, s'aperçut, il y a plusieurs années, que son testicule droit devenait dur, douloureux. Dans sa jeunesse, il avait eu une affection vénérienne. M. le docteur B..., à qui il s'adressa, crut à un engorgement squirrheux, et adressa son malade à M. le professeur R... pour être opéré. Le testicule fut enlevé, et bientôt après M. B..., guéri, retourna dans son pays.

Deux ans étaient à peine écoulés que l'autre testicule s'engorgea, devint douloureux. M. B... fut de nouveau appelé. Il pensa que l'affection cancéreuse s'était reportée sur l'autre organe, et dans un cas aussi grave il ne crut mieux pouvoir faire qu'en l'adressant au praticien qui l'avait si heureusement débarrassé une première fois. M. le professeur R... partagea l'opinion d'une récidive, et proposa l'ablation de l'autre testicule.

Marié et tout jeune, ce sacrifice parut trop pénible à notre malade. Il s'adressa d'abord à M. le professeur Cloquet, qui ne pensa pas comme son collègue, puis M. B... vint trouver le docteur Marx, qui, après avoir examiné avec soin le malade, pensa qu'une affection syphilitique ayant existé, l'engorgement pouvait participer de cette nature, et qu'avant tout un traitement antivénérien devait être employé. Le malade rassuré adopta ce parti. Au bout d'un mois de traitement par les pilules avec un huitième de grain de sublimé, de frictions mercurielles sur le testicule, cet organe était revenu à son état normal; plus de tuméfaction, plus de

dureté, plus de douleurs, mais l'engorgement, en se dissipant, avait laissé dans la tunique vaginale une certaine quantité de liquide; en un mot, une hydrocèle s'était développée. M. le professeur Cloquet fut appelé pour constater la guérison de la maladie primitive, et pour reconnaître la maladie secondaire. L'hydrocèle fut traitée par injection; l'inflammation qui survint fut modérée, et ce malade, guéri, retourna reprendre son commerce à Nancy.

Tout porte à penser qu'en procédant de la même manière et d'après les idées émises par M. Dupuytren, on aurait pu éviter à ce malade la perte d'un testicule (1).

Citons un autre fait d'une nature différente, mais qui prouve combien le chirurgien doit être réservé dans son diagnostic.

Obs. V. — *Engorgement du testicule. — Cas douteux. — Ponction exploratrice. — Hydrocèle avec épaississement cartilagineux de la tunique vaginale.* — En 1827, on reçut à l'Hôtel-Dieu un homme qui présentait un engorgement considérable du testicule gauche. Des douleurs lancinantes se faisaient sentir dans la tumeur, et se propageaient le long des cordons spermatiques aux aines et aux reins; le malade était dans un état de maigreur très avancé. Aucun signe n'indiquait que la maladie fût due à une hydrocèle ou à un engorgement scrofuleux ou vénérien; tout faisait, au contraire, conjecturer qu'elle était squirrheuse. M. Dupuytren fit néanmoins observer que si l'hydrocèle était compliquée d'un épaississement cartilagineux de la tunique vaginale, on pourrait s'y tromper, et que cette erreur avait été commise plus d'une fois. Pour prévenir une semblable méprise, ajoute M. Dupuytren, une ponction exploratrice sera pratiquée vers le centre de la tumeur; si aucun liquide ne s'en écoule, ou s'il ne sort qu'un peu de sang décomposé et fétide, le cordon des vaisseaux spermatiques sera saisi, on en fera la ligature en masse, on le coupera en totalité, et les vaisseaux seront liés : on évitera ainsi tout reproche. Si, malgré les appa-

(1) Observations recueillies par M. Marx.

rences, de l'eau seule en remplissait la poche, on agirait aussitôt en conséquence. L'opération prouva combien la conduite de cet habile praticien avait été prudente, car, au lieu d'un squirrhe, on ne trouva qu'une hydrocèle avec épaississement cartilagineux de la tunique vaginale.

Dans les engorgements de nature inflammatoire, c'est tantôt le corps, tantôt l'épididyme qui est le siége de la maladie, ou l'un et l'autre en même temps : dans le premier cas, le gonflement est plus prononcé et plus facile à résoudre ; celui de l'épididyme, au contraire, est moins volumineux, plus dur, plus difficile à guérir. La structure anatomique des parties explique cette différence. Le testicule, en effet, est un organe formé d'un tissu mou, pulpeux, parenchymateux, en un mot, et dans lequel, par conséquent, les fluxions se développent et se dissipent avec facilité. L'épididyme, au contraire, beaucoup plus compliqué dans sa structure, et offrant à l'intérieur une surface muqueuse, peut-être aussi une membrane musculaire, à l'extérieur un tissu fibro-celluleux, les engorgements s'y forment avec plus de lenteur et sont beaucoup plus difficiles à combattre. Chez les malades qui sont dans cette dernière classe, la partie antérieure est molle et souple, ce qui ne laisse aucun doute sur le bon état des testicules ; mais, en portant la main à la partie postérieure, on sent un corps dur, inégal, qui appartient très évidemment à l'épididyme. Les sangsues, les bains, les cataplasmes émollients guérissent presque toujours les engorgements inflammatoires des testicules, tandis qu'ils ont beaucoup moins d'efficacité contre les gonflements de l'épididyme.

M. Dupuytren recommande d'employer d'abord le traitement antiphlogistique ; s'il est sans succès, il lui substitue les fondants, puis les dérivatifs. Telles sont les trois bases fondamentales de sa thérapeutique dans les circonstances semblables. Ainsi, à l'état aigu, la méthode antiphlogistique suffira pour dissiper les accidents. Une, deux ou trois saignées, selon la force du sujet, des applications de douze, quinze et vingt sangsues, répétées plusieurs fois, des bains, des émollients, une diète sévère, parviendront à dissiper les

symptômes. Ces moyens sont si puissants qu'on a souvent vu des engorgements disparaître en huit et dix jours. Si l'engorgement s'est d'abord montré primitivement chronique, ou si de l'état aigu il a passé à l'état chronique, on commencera par faire encore usage des émollients; on prescrira ensuite les fondants, tels que les emplâtres de diachylon, de savon, de *Vigo cum mercurio*; mais on ne guérirait que très lentement et très difficilement, si on n'y joignait la méthode dérivative, consistant dans l'emploi des purgatifs, tous les deux ou trois jours. Le calomel, dont on a si souvent abusé, est un excellent remède. A son défaut, on peut administrer l'huile de ricin, vers les dix ou onze heures du soir, à la dose d'une, de deux, ou de trois cuillerées à bouche, suivant le tempérament et la force du sujet. D'autres purgatifs, tels que le sulfate de soude, l'eau de Sedlitz, de Pullna, etc., peuvent être donnés avec avantage. Ces moyens parviennent presque toujours à résoudre les engorgements des testicules, mais quand ils ne sont pas employés avec persévérance, on voit ces organes devenir cancéreux, et c'est alors qu'il est indispensable de les enlever.

Les engorgements scrofuleux du testicule sont encore assez communs; ils se rencontrent surtout chez les individus d'une constitution lymphatique ou scrofuleuse. Leur développement est très lent, leur marche est lente aussi, et leur durée ordinairement très longue, car elle dépasse souvent plusieurs années. Il se manifeste tantôt sous la forme de tubercule, tantôt sous celle d'engorgement, d'autres fois sous celle d'abcès. La maladie siége tantôt dans les tissus fibro-celluleux qui entourent les testicules, tantôt dans l'épididyme, tantôt dans le corps de l'organe. Les malades ressentent plutôt de la pesanteur et de l'engourdissement que de la douleur. La tumeur est ordinairement inégale, raboteuse à sa surface et dans sa forme générale. Elle est sans changement de couleur à la peau, et sans chaleur; le tissu cellulaire sous-cutané est intact, libre et mobile. Le cordon est ordinairement épargné, ou s'il participe à la maladie, il est dur, épaissi, mais point ou peu douloureux. La dureté du

testicule est moins grande que dans le cas de squirrhe, mais elle est plus grande que lorsqu'il y a un simple état inflammatoire.

Les choses restent dans cette situation pendant des mois et des années : mais si la maladie n'est pas entravée, la tumeur finit par se ramollir, une fluctuation obscure s'y fait sentir; elle ressemble à celle que détermine une matière demi-liquide. De petites saillies paraissent à la surface de la tumeur; leur sommet bleuâtre, livide, se déchire, et donne issue à du pus séreux, albumineux, caséiforme, puis à une matière pultacée, jaunâtre, à du pus scrofuleux, en un mot. Ces ouvertures demeurent fistuleuses; elles se ferment et se rouvrent alternativement, pour donner issue à ce pus séreux et contenant cette matière pultacée. On ne peut alors méconnaître le véritable caractère de la maladie, et il est facile de la distinguer de l'affection inflammatoire simple terminée par suppuration, et de l'affection squirrheuse. Si la maladie continue sa marche, la substance du testicule se désorganise peu à peu et de plus en plus. Elle se ramollit et prend la consistance fongueuse, semblable à celle que l'on remarque autour des articulations qui sont atteintes de la maladie connue sous le nom générique de *tumeur blanche*. Cette mollesse, que présente la substance du testicule, ne ressemble en rien à celle que l'on observe dans le ramollissement cancéreux. Cette terminaison est très remarquable. Quelquefois, mais rarement cependant, la dégénérescence carcinomateuse s'empare des engorgements scrofuleux, et revêt tous les caractères qui lui sont propres, et l'ablation de l'organe, quand elle est possible, est le seul remède à lui opposer.

Les engorgements scrofuleux sont souvent compliqués de symptômes inflammatoires, et dans ce cas ils exigent l'emploi des antiphlogistiques, des sangsues, des cataplasmes émollients, des boissons délayantes, etc., etc.

Mais lorsque la maladie est pure de toute complication inflammatoire, c'est principalement dans l'emploi des moyens généraux, c'est-à-dire des *traitements dits antiscrofuleux*, qu'il en faut chercher la guérison.

Le traitement employé par M. Dupuytren dans l'affection scrofuleuse, diffère beaucoup trop des traitements généralement usités contre cette maladie, pour que nous ne l'exposions pas ici.

Quels que soient le siége et les variétés de l'affection scrofuleuse, cette affection offre trois temps distincts dans sa marche. Dans le premier temps, la maladie, inerte en quelque sorte, ne se manifeste que par les caractères propres à la constitution lymphatique et par la gêne plutôt que par de la douleur dans les parties affectées. On doit employer, dans cette circonstance, tous les moyens hygiéniques propres à fortifier la constitution, et par conséquent à résoudre la maladie. Ainsi, M. Dupuytren a grand soin d'éviter tout ce qui pourrait irriter, agiter, ou bien échauffer, comme les élixirs, les sirops antiscorbutiques et autres médicaments spiritueux ou des excitants qu'il croit propres à faire passer de l'état inerte à l'état inflammatoire.

C'est surtout dans le second état de la maladie, toujours marqué par de l'excitation, de la fièvre, des douleurs locales, du gonflement, des exhalations sanguines, qu'il écarte ces remèdes incendiaires qui, comme l'élixir de Périlhe, médicament alcoolique et alcalin tout à la fois, le sirop, le vin antiscorbutiques, ont produit, par l'abus qu'on en a fait, plus de mal que l'affection scrofuleuse elle-même.

Dans ce second temps de la maladie, M. Dupuytren, sans avoir égard à sa nature présumée, la traite comme une affection inflammatoire, par la saignée, les sangsues, la diète et les délayants. On arrête souvent par ces moyens les caries, les luxations spontanées, la suppuration et la destruction des organes affectés. La suppuration est-elle établie? Ses produits s'échappent-ils avec facilité au-dehors, et la maladie est-elle revenue à l'état presque inerte qui constitue son premier temps; M. Dupuytren revient à l'usage des choses propres à modifier la constitution et à la fortifier; mais en ayant toujours l'attention d'éloigner tout ce qui pourrait irriter, agiter, causer de l'insomnie, de l'inappétence ou de la fièvre. C'est pour cela que, même dans ce troisième temps

de la maladie, il s'abstient de l'usage des préparations vineuses, alcooliques, alcalines et autres analogues. Il ne prescrit à cet effet que des préparations purement aqueuses de quinquina, gentiane, simarouba, des infusions et des sirops aqueux de ces substances, auxquels il donne plus ou moins de force, suivant l'âge et le sexe des individus. Il est persuadé que ces préparations contiennent tout ce qu'il y a de tonique dans ces substances, et qu'on éloigne de cette manière tout ce que les autres préparations contiennent d'irritant dans leur principe et dans leur véhicule.

Les diverses préparations d'iode, vantées dans ces dernières années avec une emphase presque ridicule, sont loin d'avoir la merveilleuse efficacité qui leur a été attribuée contre la maladie scrofuleuse. Des expériences nombreuses faites avec soin à l'Hôtel-Dieu sur cet agent thérapeutique ont pu nous convaincre qu'il y avait beaucoup à rabattre des éloges exagérés qui lui ont été donnés par quelques médecins intéressés.

Les moyens hygiéniques généraux doivent être placés en première ligne : tels sont, en particulier, l'habitation dans des lieux élevés, secs et exposés au midi; l'usage de la flanelle de la tête aux pieds; l'exercice au soleil; l'usage des viandes noires, rôties, grillées; des végétaux toniques, tels que le cresson, la chicorée sauvage, le radis, le céleri, les cardons, les artichauts, etc.

Quant aux moyens locaux à employer dans l'affection scrofuleuse du testicule, on peut se servir avec avantage des bains sulfureux, alcalins, savonneux, de bains salés, de compresses trempées dans l'eau salée, compresses dont on entoure les bourses et que l'on renouvelle souvent. Les injections d'eau salée dans les trajets fistuleux sont fort avantageuses pour les tarir. On peut se servir aussi d'injections iodurées. Mais il est dans la nature de ces fistules de durer très long-temps, et de résister avec opiniâtreté aux émollients, aux résolutifs, aux dérivatifs et autres remèdes de cette espèce. Il est encore dans leur nature de donner souvent lieu à des retours d'inflammation, accompagnés de

symptômes plus ou moins graves, tels que fièvre ardente, douleur vive, délire, etc. Cet accident a lieu lorsque la matière, à laquelle elle donne issue habituellement, est retenue par une cause quelconque.

Il n'y a ordinairement de terme à ces fistules et aux accidents inflammatoires dont elles se compliquent si souvent, que dans le retour des parois du kyste purulent, muqueux, à la nature celluleuse, et dans l'adhésion que ses parois contractent entre elles.

Or, ce retour et cette adhésion ne se font que très difficilement, que très lentement, et ils n'ont pas lieu dans tous les cas et chez tous les malades. Les seuls efforts de la nature, ordinairement si puissants, suffisent rarement pour amener la guérison, et l'art ne paraît posséder qu'un seul moyen véritablement efficace pour opérer la cicatrisation de ces fistules.

Ce moyen, c'est la cautérisation de tout le trajet et de la source de la fistule de manière à détruire l'organisation muqueuse de leurs parois, et à les mettre dans l'état d'une plaie pourvue de bourgeons celluleux et vasculaires, et disposée à se cicatriser.

On doit faire cette cautérisation de deux manières et en deux temps; savoir : 1° celle du trajet fistuleux, ou du moins de son entrée, avec des trochisques de minium enfoncés à l'extrémité du trajet fistuleux, ou bien avec une dissolution de nitrate de mercure dans de l'acide nitrique; 2° celle du foyer avec une solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent cristallisé, dans de l'eau distillée; par exemple, vingt ou trente grains par livre d'eau.

Ces injections devront être faites avec une seringue d'un métal qui n'est point altérable par le nitrate d'argent : l'extrémité de la canule doit être placée dans la fistule, et l'injection, poussée avec force dans son trajet, doit y être retenue pendant plusieurs minutes.

Lorsque les fistules du testicule sont guéries, il en résulte ordinairement des cicatrices enfoncées, et semblables à celles que l'on remarque si souvent au cou dans la maladie scrofuleuse.

Par ces moyens long-temps continués, on parvient encore assez souvent à guérir les engorgements du testicule. Mais il arrive souvent aussi une époque à laquelle la désorganisation de cet organe est si avancée, qu'il n'y a pas moyen de le conserver, et qu'on est obligé d'avoir recours à l'extirpation de la tumeur.

L'examen de celle-ci montre souvent que le parenchyme du testicule est réduit en une substance molle, pulpeuse, fongueuse, analogue à celle des tumeurs blanches. D'autres fois, quelques parties saines du testicule se font remarquer, et sont séparées les unes des autres par des masses tuberculeuses ou une matière analogue à des tissus blancs, fibro-celluleux, mêlés à de l'albumine. Les tubercules sont enkystés ou non. Le plus ordinairement il y a des kystes nombreux et quelquefois très volumineux, et dont la face interne présente une membrane d'apparence muqueuse : ces kystes contiennent du pus caséiforme.

Le siége de la désorganisation est très communément dans l'épididyme, ainsi que dans les tissus fibro-celluleux ambiants. Cette désorganisation est plus rare dans la substance du testicule. Elle l'est bien plus encore dans le cordon des vaisseaux spermatiques.

Outre les deux espèces d'engorgements dont nous venons de parler, il en existe, avons-nous dit, une troisième, les engorgements vénériens ; ajoutons quelques détails à nos premières considérations sur ce sujet. Dans ces derniers temps, on a voulu traiter les affections vénériennes exclusivement par la méthode antiphlogistique ; mais on ne faisait pas attention qu'il y a dans ces maladies deux choses, l'élément inflammatoire et l'élément syphilitique. Assurément les premiers symptômes qui décèlent une maladie vénérienne sont de nature inflammatoire, et doivent, par conséquent, être traités par la méthode antiphlogistique. Il arrive qne cette méthode fait entièrement disparaître les symptômes ; mais on commettrait une grande erreur si l'on croyait avoir obtenu une guérison radicale. Tant qu'on n'aura pas détruit l'élément syphilitique, on devra craindre des récidives. Je pourrais citer, ajoute

M. Dupuytren, une multitude d'exemples qui démontreraient jusqu'à l'évidence que des personnes atteintes de maladies vénériennes, qui n'avaient point voulu faire usage d'un traitement approprié, ont vu survenir des ulcérations à la gorge, des exostoses, des engorgements des testicules, qui ont cédé à l'emploi des antisyphilitiques. Personne de vous n'a oublié l'histoire de ces trois jeunes élèves qui s'inoculèrent, il y a quelques années, le pus d'un ulcère vénérien. A l'aide d'un traitement antiphlogistique, ils virent tous les accidents qui s'étaient manifestés se dissiper entièrement. Mais au bout de quelque temps, les signes d'une affection vénérienne consécutive éclatèrent avec tant de violence, que l'un d'eux termina par un suicide son existence; les autres vinrent me consulter, je les traitai et les guéris par les antisyphilitiques.

A quels signes reconnaîtra-t-on l'engorgement vénérien? Tous les jours on voit arriver des malades avec un engorgement testiculaire auquel ils ne peuvent assigner de cause. Ils n'ont pas éprouvé de frottement, ils n'ont pas fait de chute; leur engorgement s'est dissipé et a passé au testicule opposé, ou a toujours persisté dans l'un ou dans l'autre jusqu'à ce jour. Eh bien! si la tumeur est allongée, si elle a une forme cylindroïde, si elle ne détermine point de douleurs lancinantes lorsqu'on la touche, et si le malade a eu d'anciennes affections vénériennes, telles que des blennorrhagies, des bubons, des chancres traités par la cautérisation, la plus fatale des méthodes; s'il déclare que le testicule, après avoir été six mois, un an, dix-huit mois affecté, est revenu à l'état normal, tandis que l'autre organe s'est pris, vous aurez de fortes présomptions en faveur de la nature vénérienne de la maladie; car, si l'engorgement était squirrheux, il ne se déplacerait point ainsi; c'est même un caractère pathognomonique de ces sortes de tumeurs. Une observation non moins importante, c'est que, dans le cas de récidive, lorsqu'on a enlevé un testicule cancéreux, c'est presque toujours le cordon qui devient malade, tandis que dans l'engorgement syphilitique, c'est au contraire le second testicule qui s'affecte: l'Observation II vient à l'appui de ce que j'avance.

Si un examen général vous révèle la présence d'autres symptômes, tels que pustules, exostoses, il ne saurait y avoir de doute. Dans le cas où on ne pourrait établir un jugement certain, ne vaudrait-il pas mieux faire usage, pendant six semaines, deux mois, d'un traitement antivénérien, que de pratiquer une opération inutile et funeste dans ses résultats?

L'existence du virus vénérien a été mise en doute dans ces derniers temps, ainsi que nous en avons déjà fait la remarque; cependant l'expérience semblait l'avoir incontestablement démontrée. Ce n'est donc que par un amas de subtilités que cette croyance si généralement établie a été ébranlée. En admettant que la syphilis fût une inflammation, comment n'avoir pas remarqué qu'elle se communiquait dans l'immense majorité des cas? N'était-ce pas là un signe caractéristique qui la différenciait de toutes les autres inflammations? La distinction établie par M. Dupuytren des deux éléments de la maladie est essentiellement pratique; elle fait aisément comprendre pourquoi tant de personnes traitées par la méthode antiphlogistique ont vu tous les symptômes d'une affection syphilitique constitutionnelle se développer six mois, un an, et même plus, après leur prétendue guérison. L'histoire de ces trois élèves en médecine que nous avons citée plus haut n'est-elle pas la réponse la plus foudroyante que l'on puisse faire à l'hypothèse si dangereuse de la non-existence du virus vénérien? L'élément syphilitique est donc un être réel, un virus positif, qui se communique comme celui de la petite-vérole. Malheur à ceux qui ne voient que l'élément inflammatoire; en le combattant seul, ils détruisent à la vérité l'effet, mais ils laissent subsister la cause et toutes les affreuses maladies qu'elle traîne à sa suite.

ARTICLE VI.

DE LA DÉCHIRURE CENTRALE DU PÉRINÉE PENDANT L'ACCOUCHEMENT, ET DU PASSAGE DE L'ENFANT ET DE SES ANNEXES PAR CETTE DÉCHIRURE.

Rien n'est plus commun que la déchirure de la commissure postérieure de la vulve, s'étendant plus ou moins loin sur le périnée, par l'effet de l'accouchement. Elle constitue une lésion des plus simples, qui réclame bien rarement les secours de la chirurgie. Mais cette déchirure atteint quelquefois l'extrémité inférieure de la paroi postérieure du vagin, le périnée, dans toute son étendue, jusques et y compris le sphincter de l'anus et l'anus lui-même à une certaine hauteur; elle présente alors l'une des maladies chirurgicales les plus graves, au traitement de laquelle nous consacrerons plus tard un article spécial. Dans celui-ci, nous n'avons à nous occuper que de la perforation ou déchirure centrale du périnée, sans lésion de la commissure de la vulve ni du sphincter anal, et subsidiairement du passage de l'enfant et de ses annexes par cette voie accidentelle. Les fastes de l'art nous en offrent des exemples assez nombreux; cependant des écrivains distingués, dont l'opinion en obstétrique est d'une puissante autorité, considérant un accouchement de cette nature comme géométriquement impossible d'après les disproportions qui existent entre les dimensions du périnée et le volume d'un enfant à terme, en ont inféré que les faits rapportés par les auteurs devaient être entachés d'erreur et ne pouvaient mériter aucune confiance. Il est difficile, en effet, de concevoir de prime-abord comment une partie qui n'a ordinairement que dix-huit lignes d'étendue, puisse se prêter à une ampliation telle, qu'elle permette le passage d'un corps aussi volumineux que l'est celui d'un enfant naissant. Mais cette manière de raisonner est presque une injure

faite à la nature : combien de phénomènes ne soumet-elle pas chaque jour à notre observation, dont nous sommes encore à comprendre les causes et le mécanisme? Si le fait existe, l'examen des voies et moyens qu'elle emploie n'est plus pour nous qu'un objet secondaire, dont la science néanmoins doit faire son profit. Un exemple, qui s'est présenté tout récemment, et dont nous rapporterons l'histoire, ne laissera plus aucun doute; nous le pensons, dans l'esprit même des plus prévenus, et viendra corroborer les observations antérieures citées par les auteurs, sur la véracité desquelles on avait élevé des doutes. Le fait le plus ancien que l'on connaisse n'appartient pas à l'espèce humaine, mais a été observé par l'immortel Harvey sur une jument blanche de la reine d'Angleterre, qui, à cause de sa rare beauté, avait été bouclée dans l'intention de la soustraire aux approches du cheval. Mais, soit que cette précaution eût été prise trop tard, ou malgré cette précaution, la jument ne laissa pas que d'être fécondée. Le terme de la gestation étant arrivé, le poulain ne pouvant s'échapper par la vulve, fut chassé à travers le périnée. (*Exercitationes de generat. animal.*)

En 1778, Nédey, chirurgien de Besançon, envoya à l'Académie de chirurgie une observation sur la rupture de la partie centrale du périnée, par laquelle, dit–il, un enfant à terme passa sans que la fourchette ni le sphincter de l'anus eussent été déchirés. Ce fait, qui excita l'étonnement de l'Académie, ne parut douteux, dit Baudeloque, qu'aux personnes qui ne savaient pas combien le périnée est susceptible d'acquérir de développement dans le dernier temps de l'accouchement.

Voici un extrait de l'observation si connue de Coutouly. Le 13 janvier 1788, ce célèbre accoucheur fut mandé chez madame de la Luizerne pour la dame Leroy, âgée de vingt-cinq à vingt-six ans, qu'il avait accouchée, l'année précédente, de deux jumeaux à cinq mois et demi de grossesse. Cette femme, dit Coutouly, me parut à l'instant d'accoucher. La tête dans le petit bassin faisait des efforts contre le périnée, tellement distendu, que toutes mes vues se bornèrent à faire en sorte d'en éviter la déchirure..... Mais toutes les précautions fu-

rent inutiles; la partie centrale du périnée fut déchirée; la tête continuant d'être poussée avec la même violence contre ma main, je me vis obligé de lui livrer passage à travers cette ouverture, et de faire, par la même voie, l'extraction d'un enfant à terme, ainsi que celle du placenta qui le suivit immédiatement. Je cherchai aussitôt à m'assurer de ce qui s'était passé. A un pouce au-dessus de l'anus, vers le centre du périnée, existait un trou frangé d'où partaient deux déchirures, l'une qui suivait la direction du raphé, s'était arrêtée à peu de distance de la vulve, et l'autre se déviait du côté droit; ce qui formait une plaie représentant à peu près la figure d'un Y. Le sphincter de l'anus, le rectum ni la fourchette n'avaient été compris dans la déchirure. La plaie fut cicatrisée au bout de cinq semaines.

Thomas Denman, dans son *Introduction à la pratique des accouchements*, rapporte sous le nom de rupture particulière du périnée, un cas semblable dans lequel l'enfant passa à travers la partie du périnée contiguë à l'anus, la partie antérieure de cette région et l'anus étant restés intacts. Les parties déchirées furent réunies au bout de six semaines, Cette femme accoucha depuis sans accident.

Le 14 décembre 1812, M. le docteur Joubert, de Rouen, fut appelé à six heures du soir pour une dame âgée de 23 ans, parvenue au neuvième mois d'une première grossesse. L'enfant se présentait par la tête dans une des trois dernières positions. Le travail fut lent, et l'accouchement ne se termina que le 15 au soir par la rupture de la partie centrale du périnée dont la distension extrême lui donnait une étendue de cinq pouces au moins. La délivrance se fit aussi par la plaie. La cicatrisation était complète au bout de cinq semaines. Cette femme étant devenue enceinte une seconde fois, accoucha naturellement trois ans après et sans éprouver le moindre accident. (Journal de la Société médicale d'émulation.)

Meckel a rapporté, dans le *Neues Journal für die Chirurgie*, etc. (tome IV, 1811), un cas de déchirure centrale du périnée et d'accouchement par cette voie, sans lésion de la fourchette ni du sphincter de l'anus. La femme était une pri-

mipare. La plaie s'est promptement guérie. MM. Gravis et Lebrun ont consigné, dans les *Annales de la médecine physiologique* (Juillet 1825), une observation d'accouchement par le périnée, sans lésion de la fourchette ni du sphincter de l'anus. En 1822, le docteur Merriman assista à l'accouchement d'une femme primipare. Le travail avançait rapidement, le périnée était excessivement distendu par la tête du fœtus. L'accoucheur le soutenait avec la paume de la main gauche; mais tout-à-coup il sentit un corps qui glissait derrière sa main : c'était le fœtus qu'une vigoureuse contraction acheva d'expulser par la déchirure. Le placenta fut extrait peu de moments après par les voies naturelles. L'anus et la commissure postérieure de la vulve étaient restés intacts. La mère s'est très bien rétablie et est accouchée par la suite sans accidents. (*Synopsis of the various*, etc., 4e éd. 1826).

L'histoire d'un fait semblable, dont le docteur John Douglas fut également témoin, a été par lui consignée dans le *Dublin hospital Reports*, etc. (tome III, 1822.) Appelé auprès d'une femme en travail, ce chirurgien trouva l'enfant sur le point de passer par une déchirure du périnée, la tête appliquée contre le côté de la cuisse gauche et inclinée en arrière. Une forte contraction suffit pour expulser le reste du corps. La perforation comprenait la partie latérale du périnée, une partie des téguments de la cuisse et la grande lèvre gauches. La fourchette n'était point divisée. On retira le cordon ombilical par la vulve, mais cela n'empêcha pas le placenta d'être chassé par la plaie. On fut obligé d'enlever avec l'instrument tranchant la bride formée par la commissure postérieure de l'orifice naturel parce qu'il tombait en gangrène. La guérison fut assez prompte.

Le 31 mai 1824, le chirurgien Marter, de Kœnisberg, fut appelé précipitamment auprès d'une femme en travail, primipare et âgée de 25 ans. La sage-femme lui dit que l'enfant venait par le rectum; au premier aspect, il semblait en effet que la paroi antérieure du rectum et la paroi postérieure du vagin s'étaient déchirées en même temps que le périnée, et que le fœtus allait être expulsé par cet hiatus. Le sommet

de la tête se présentait dans l'ouverture anormale, à peu près comme elle se présente au couronnement ; on ne pouvait plus songer à la ramener dans le vagin. Quelques fortes contractions chassèrent l'enfant à travers cette plaie, sans que la vulve eût été en rien endommagée dans tout le cours du travail ; l'arrière-faix suivit bientôt par la même voie. L'accouchement terminé, l'examen des parties démontra bientôt à M. Marter que le rectum et le sphincter de l'anus n'étaient point lésés ; immédiatement au-devant de l'anus commençait une rupture qui s'étendait dans le sens du raphé jusqu'à un pouce en arrière de la vulve. A cette rupture correspondait celle de la paroi postérieure du vagin qui se terminait en avant également à un pouce de distance de la vulve ; au milieu du périnée existaient encore deux ruptures transversales, en sorte que la plaie entière offrait une forme cruciale. Un pont charnu de la largeur d'un pouce restait entre la commissure postérieure de la vulve et de l'extrémité antérieure de la rupture longitudinale du périnée.

Une forte hémorrhagie se manifesta aussitôt après l'accouchement, et fut bientôt arrêtée au moyen de fomentations froides. Mais le périnée devint le siége d'un gonflement inflammatoire considérable, qui ne fut dissipé complétement qu'au bout de quinze jours. Le sixième jour on appliqua deux points de suture de manière à maintenir affrontés les quatre angles de la plaie. La réunion complète se fit long-temps attendre, et la femme fut affectée d'une fistule vagino-périnéale par laquelle les règles s'écoulèrent pendant plus de deux ans. En 1827, elle accoucha de nouveau, et très promptement, par les voies naturelles. (*Rust's Magazin*, etc., t. XXVI, 1828 ; et *Siebold Journal für Geburtshülfe*, t. IX, 1830.)

Dans l'observation suivante, tirée de l'ouvrage de Moschener (*Conspectus partuum in Lechodochio pragensi*, etc., Prague, 1826), et que l'on retrouve aussi dans le volume précité du journal de Siébold, l'enfant n'est venu par le périnée que par suite de la gangrène de cette partie déterminée par une distension excessive et prolongée, la vulve étant en même temps extrêmement étroite. En 1823, une femme de trente-cinq ans,

enceinte pour la seconde fois, vint à l'hospice d'accouchement de Prague. Les eaux étaient écoulées depuis six heures, et les douleurs qui étaient très fortes au commencement avaient cessé depuis une demi-heure. On apercevait le sommet de la tête du fœtus dans la vulve qui était arrondie et très étroite. Le périnée, fortement distendu et abaissé, était frappé de gangrène depuis l'anus jusqu'au milieu de sa longueur. Entre le rectum et la paroi postérieure du vagin, existait une communication qui permettait d'arriver directement à la face du fœtus en introduisant le doigt dans le rectum. La fourchette, qui s'était déchirée deux ans auparavant pendant un premier accouchement, offrait une cicatrice dure et résistante dans laquelle le professeur Jungmann reconnut le principal obstacle à l'accouchement actuel. Il résolut de retenir d'abord la tête au moyen du forceps, d'inciser ensuite cette cicatrice et d'extraire l'enfant par la vulve ainsi dilatée; mais à peine eut-il introduit l'une des branches de l'instrument, qu'il s'écoula une grande quantité de pus sanieux et fétide; les contractions se ranimèrent immédiatement, et la tête se fit jour à travers le périnée gangrené, bientôt suivie du tronc, et, huit minutes après, de l'arrière-faix. En deux mois, la malade fut assez bien pour pouvoir quitter l'hôpital; mais on ne dit point en quel état se trouvaient alors les parties désorganisées.

Nous trouvons encore dans le *Der neue Chiron*, t. I, 1822, publié à Sulzbach, une observation dans laquelle le docteur Franck décrit l'histoire d'une perforation du périnée derrière la commissure postérieure de la vulve, à travers laquelle le bras gauche du fœtus s'était engagé; la tête étant venue par le vagin, et l'enfant ayant été extrait par la vulve, ce fait que nous ne rappelons qu'à cause de sa particularité ne prouve rien pour la thèse dont il est ici question. Mais nous croyons devoir rapporter avec ses principaux détails une observation tirée de la pratique de M. Evrat et recueillie par M. Moreau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, qui a donné des soins à la malade depuis le moment de l'accident jusqu'à son entier rétablissement. L'histoire de

ce fait a été consignée par ce professeur dans un mémoire lu à l'Académie de médecine et publié dans la *Revue médicale* (juin 1830).

Obs. I. — *Quatrième position de la tête. — Déchirure centrale du périnée. — Guérison.* — Madame D..., âgée de dix-neuf à vingt ans, demeurant à Paris, quartier Poissonnière, près des boulevards, étant arrivée heureusement au terme d'une première grossesse, fit appeler M. Evrat le 3 mars 1815. L'enfant se présentait dans la quatrième position de la tête; celle-ci s'engagea sans beaucoup de peine dans l'excavation pelvienne; mais lorsqu'elle fut arrivée au point de franchir le détroit périnéal, elle éprouva des difficultés assez grandes pour arriver sous l'arcade du pubis. Dans une douleur très vive, M. Evrat crut sentir que le milieu du périnée contre lequel il appliquait la paume de la main perdait de son épaisseur, de son élasticité, et cédait d'une manière sensible à la pression exercée par la tête de l'enfant. Il réfléchissait comment il pourrait s'opposer à une déchirure imminente, lorsqu'une douleur violente, dont il ne put modérer l'effet, vint expulser l'enfant, mais de telle sorte que la tête, au lieu de s'échapper par les voies naturelles, passa à travers le périnée en laissant au-devant d'elle la commissure postérieure de la vulve et en arrière l'orifice de l'anus parfaitement intacts. La plaie irrégulière, résultat de cette perforation, s'étendait à droite dans la direction de la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis; elle dépassait en devant le niveau de la commissure postérieure de la vulve, et en arrière contournait un peu l'anus; puis, elle se portait transversalement de droite à gauche, entre l'anus et la vulve, jusque près de la tubérosité de l'ischion du côté gauche. Le placenta sortit bientôt par la même voie qui avait donné issue à l'enfant. Un doigt, porté dans l'anus, donna l'assurance que l'intestin n'était pas compris dans cette déchirure.

M. Evrat ayant été obligé de se rendre en Angleterre, M. Moreau resta chargé du traitement, conjointement avec le professeur Désormeaux, jusqu'à l'entier rétablissement de la malade. Ce traitement fut extrêmement simple. On fit cou-

cher celle-ci sur le côté, les jambes et les cuisses rapprochées et dans un état de demi-flexion; la plaie était pansée à plat avec de la charpie; on eut soin de tenir la malade à un régime sévère; d'entretenir la liberté du ventre au moyen de lavements et de doux laxatifs, dans la crainte que les efforts pour expulser des matières dures, et le passage de ces matières par l'anus, ne vinssent contrarier ou même rompre la cicatrice à mesure qu'elle se rétablissait. La malade suivit le régime avec une rare exactitude; au bout de cinq semaines de couches, elle était parfaitement guérie et la plaie complétement cicatrisée.

Depuis cette jeune dame est accouchée une seconde fois à terme et sans accident; la cicatrice a résisté aux efforts du travail; il n'y eut, lors du passage de l'enfant, qu'une légère déchirure à la fourchette, comme cela arrive souvent chez les primipares.

Personne ne sera tenté, ce nous semble, de contester la véracité des détails contenus dans l'observation qui précède. Nous terminerons cette nomenclature par l'histoire d'un fait analogue que nous avons eu dernièrement sous les yeux, dans les salles de M. Dupuytren, et qui n'est pas moins concluant; nous arriverons ensuite aux considérations pratiques qu'il lui a suggérées sur les causes et sur le traitement de ces accidents.

Obs. II. — *Première position de la tête. — Efforts contre le périnée. — Déchirure centrale de cette partie. — Suture de la plaie. — Rupture. — Guérison.* — Madame B..., âgée de trente-huit ans, d'une taille moyenne, d'une conformation régulière, mariée depuis environ un an, et enceinte pour la première fois, ressentit les douleurs de l'enfantement dans la matinée du 3 septembre 1832. L'enfant présentait la tête en première position; le travail marcha rapidement, et ne fut guère arrêté que lorsque l'occiput vint s'offrir à la vulve, qui était fort étroite. Quatre heures après l'apparition des premières douleurs, la malade en eut deux dernières très vives, et la sage-femme sentit à l'instant une déchirure se faire sous la main avec laquelle elle soutenait le périnée.

Presqu'au même instant, la tête et le reste du corps du fœtus sortirent par cette ouverture anormale. Il est à remarquer que l'accouchée était placée en face d'une croisée, et que par conséquent les parties sexuelles étaient largement éclairées. La sage-femme pouvait donc bien voir et parfaitement se rendre compte de ce qui se passait. Le cordon coupé et lié, elle remit l'enfant à d'autres personnes, et s'occupa de terminer le travail; elle trouva le cordon ombilical pendant entre les lèvres de la plaie; le placenta était engagé dans la même ouverture, par laquelle il fut également extrait; du reste, aucune hémorrhagie n'eut lieu. L'enfant était de taille moyenne; il est encore aujourd'hui très bien portant.

Dans son premier mouvement d'effroi, la sage-femme fit appeler un accoucheur; mais, s'apercevant que la malade était en bon état et ignorait son accident, elle dit au médecin que tout était fini, et ne lui fit point part de la déchirure.

Tout alla bien pendant deux jours; mais un lavement donné à l'accouchée, et qui sortit aussitôt sans qu'elle eût pu le retenir, fit craindre à la sage-femme une déchirure de l'anus; elle s'imagina même qu'une partie du lavement était ressortie par la plaie. Il fallut bien révéler ce qui était arrivé. On laissa néanmoins passer le temps ordinaire des couches; il ne survint aucun accident; l'enfant avait été envoyé en nourrice.

Le dixième jour, M. Guersent fils fut consulté. Il essaya d'abord des lotions avec le chlore liquide très étendu; il toucha avec la pierre infernale; et enfin, le douzième jour, il réunit les bords de la plaie à l'aide de la suture enchevillée; les anses de fil furent retenues sur deux bouts de sonde. Après cinq jours révolus, les bords de la plaie paraissant réunis, à l'exception d'un petit point fistuleux vers le rectum, M. Guersent enleva la suture. Il paraît que la réunion persista deux jours, et ne fut détruite que dans un effort que fit la malade.

Cet événement la décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 6 octobre. Voici quel était l'état des parties, en les examinant d'avant en arrière: la peau du ventre offrait les cicatricules

et la couleur sale que présente la paroi abdominale chez les femmes récemment accouchées; le grand bassin avait sa largeur ordinaire; les parties sexuelles n'offraient presque plus de gonflement. En écartant les grandes et les petites lèvres, on apercevait l'ouverture de la vulve fort en avant: cette circonstance est importante à noter; elle explique d'abord pourquoi la malade ne souffrait les approches de son mari qu'avec une certaine difficulté. Derrière cette ouverture, on en apercevait une autre irrégulièrement arrondie, qui pouvait admettre l'extrémité des trois doigts; elle était située un peu plus à gauche. Entre ces deux ouvertures existait une commissure charnue un peu moins forte que l'extrémité du petit doigt; derrière la seconde ouverture paraissait une troisième ouverture très petite, à plis rayonnés, c'était l'anus; enfin l'on distinguait la saillie du coccyx qui n'était pas très prolongée en avant, comme l'ont prétendu quelques accoucheurs, dans le cas de déchirure du périnée (1).

Voici un fait, dit M. Dupuytren, dont toutes les particularités sont bien constatées: la sage-femme a suivi tous les temps de cet accouchement. Ce qu'elle a vu, Siébold, M. Moreau et beaucoup d'autres l'ont également observé. Eh bien, lorsque Coutouly, l'un des noms dont s'honore le plus la science, a rapporté un fait analogue, on a été jusqu'à alléguer qu'il avait été troublé, qu'il avait perdu la tête et qu'il avait mal vu. En admettant qu'un tel homme ait pu se troubler, ce ne serait jamais sans doute avant, mais tout au plus après l'accident.

Mais, dira-t-on, comment concevoir un pareil fait? Qu'importe, pourvu que la chose existe. D'ailleurs, est-il si difficile d'expliquer un accouchement par la déchirure du périnée? Tous ceux qui ont vu des premiers accouchements, dans lesquels la vulve a tant de peine à se dilater, le périnée tant de propension à s'étendre et à s'amincir, auront été frappés plus d'une fois de la crainte de voir la tête du fœtus

(1) Observation recueillie par M. Brun.

se faire jour au travers. Aussi sommes-nous portés à croire que ce trajet de la tête à travers le périnée se fait plus fréquemment que l'expérience ne semble le dire; seulement dans la majorité des cas, la commissure vaginale se rompt, et l'accident prend le nom de déchirure de la fourchette.

Voyons maintenant quelles peuvent être les causes d'un accouchement de cette nature.

Les personnes qui s'occupent spécialement d'anatomie, de l'art des accouchements ou d'affections des organes génito-urinaires, auront souvent rencontré l'orifice vulvaire ou externe du vagin placé haut vers les pubis, tandis que le périnée offre, d'avant en arrière, une grande étendue, soit une hauteur considérable, si l'on suppose la femme couchée horizontalement. La vulve paraît dans ces cas et est en effet fort étroite, et les personnes qui ne se sont pas rendu compte de cet état des parties, jugeant du diamètre du vagin par celui que présente l'orifice externe, considèrent le conduit vaginal comme mal conformé et craignent les chances de l'accouchement. Mais on conçoit qu'il n'en est pas ainsi: l'étroitesse n'existe qu'à la vulve, tandis que le vagin offre une capacité normale. Cette étroitesse provient donc d'une espèce de prolongement du périnée qui ferme inférieurement un quart, un tiers, et quelquefois même une moitié de l'orifice vulvaire. Chez les femmes qui présentent ces dispositions, on est obligé, pour explorer les organes intérieurs, de porter le doigt suivant une ligne plus ou moins oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de manière à former avec le pubis un angle plus ou moins aigu; et pour introduire le spéculum, de donner à cet instrument la même direction, au lieu de le pousser presque horizontalement, comme dans l'état ordinaire des parties.

Cette conformation vicieuse entraîne plusieurs inconvénients. Quelquefois elle est portée à un tel degré, que le nouveau marié ne peut franchir l'orifice externe, et se trouve obligé de recourir à l'homme de l'art, qui y remédie avec le bistouri. La matière des menstrues coule difficilement par la vulve, le sang séjourne en partie derrière cette espèce d'au-

vent formé par le prolongement du périnée ; il en est de même s'il existe un écoulement leucorrhéique. Mais c'est surtout lorsqu'il s'agit de faire une opération sur le col de l'utérus ou dans l'accouchement, que cette disposition organique est le plus malencontreuse. En effet, on peut facilement juger des obstacles que cet état des parties oppose à la parturition. La tête de l'enfant rencontre les plus grandes difficultés pour franchir le détroit inférieur : elle vient s'arcbouter contre le périnée ; et si la commissure postérieure de la vulve offre une résistance proportionnellement moindre que le centre du périnée, l'enfant ne peut se faire jour à travers l'orifice sans produire une déchirure plus ou moins étendue, que l'accoucheur, quelque soin qu'il prenne, ne saurait prévenir. Si cette commissure est au contraire fort résistante, le centre du périnée cède, se rompt, et l'enfant s'échappe par cette voie anormale. Nous ne doutons pas que telle n'ait été la cause de la plupart des accouchements périnéaux dont nous avons rapporté l'histoire.

Ce vice de conformation peut être congénial ou accidentel, c'est-à-dire le résultat d'une réunion des parties molles par suite de brûlure, de déchirure occasionnée, par exemple, par un accouchement antérieur, de plaies quelconques. Il est évident que le seul moyen d'y remédier est de fendre cette cloison dans une étendue convenable, d'ordonner le repos, et de veiller surtout à ce que la cicatrisation se complète sans adhésion nouvelle entre les bords libres de la plaie. On devrait spécialement avoir recours à ce moyen chez une femme enceinte pour la première fois, qui en serait affectée, si on en avait connaissance à une époque à laquelle la cicatrice pourrait encore acquérir une solidité parfaite avant l'accouchement ; il ne faudrait même pas hésiter de pratiquer cette incision pendant le travail de l'accouchement, si l'on prévoyait qu'il ne pût se terminer sans déchirure grave ou sans perforation du centre du périnée. Le docteur Champenois rapporte, dans le 4e volume du *Journal général de médecine*, l'histoire d'une jeune femme chez laquelle il prévint cette perforation en incisant, au moyen d'un

bistouri conduit sur une sonde cannelée, un cercle dur, épais et calleux, résultat d'une brûlure des parties externes de la génération que cette femme avait éprouvée dans sa tendre enfance. Cette cicatrice, qui avait singulièrement rétréci la vulve, avait résisté à tous les efforts de la malade et aux divers moyens mis en usage pendant la durée du travail de l'enfantement. Le docteur Buet a inséré, dans le 39e volume du *Journal complémentaire des sciences médicales*, un exemple curieux de rétrécissement accidentel de la vulve.

Obs. III. — *Accouchement. — Déchirure des lèvres et du périnée. — Mode de cicatrisation des parties.* — Une demoiselle avait eu une faiblesse, mais elle eut en retour assez d'habileté pour dissimuler entièrement sa grossesse, et assez de courage pour accoucher toute seule. Le travail fut des plus douloureux et occasionna de vastes déchirures des lèvres et du périnée. La réunion eut lieu, mais dans une telle étendue qu'il ne resta pour tout orifice vulvaire qu'un trou dans lequel on pouvait à peine introduire le petit doigt. Cette demoiselle se maria. On fut obligé d'appeler un chirurgien qu'elle avait eu soin de mettre dans sa confidence. Grande était la joie du mari, qui voyait dans cette disposition organique un gage assuré des prémices de sa femme! L'orifice fut ouvert dans une étendue proportionnée au diamètre du vagin; la femme garda le repos; on introduisit des mèches de charpie entre les bords libres de la plaie, afin d'empêcher une nouvelle adhésion, et la cicatrisation ne tarda pas à être complète. Nous rapporterons plus loin un exemple analogue, cité par M. Dupuytren.

Une autre cause qui ne doit pas avoir moins d'influence, surtout s'il existe, d'une manière plus ou moins marquée, le prolongement du périnée que nous venons de signaler, c'est la position de la femme pendant le travail. On remarque en effet dans le fait cité par Nédey que la sage-femme, voyant les douleurs se ralentir et la femme pressée par des envies d'aller à la garderobe, renversa une chaise de bois entre les piliers de laquelle elle plaça le pot de nuit; elle fit ensuite asseoir la patiente sur cette espèce de chaise percée.

C'est dans cette position qu'à la deuxième douleur l'enfant se mit à crier, et qu'il fut retiré de dessous la chaise. Notre malade actuelle, dit M. Dupuytren, se trouvait dans une situation analogue; elle était tellement soulevée par des oreillers, qu'elle était presque assise. Dans un tel état, la tête de l'enfant, pressée en bas et en arrière par l'arcade du pubis, doit venir heurter bien plus fortement contre le périnée. Il est d'ailleurs constaté par l'observation que, chez les femmes couchées tout-à-fait horizontalement, l'enfant se présente beaucoup mieux à l'ouverture inférieure du vagin. On pourrait aussi mettre, avec M. Moreau, au nombre de ces causes, une trop grande courbure en arrière de l'extrémité inférieure du sacrum et du coccyx, ou, ce qui est la même chose, une trop grande saillie de l'angle sacro-vertébral. Ce vice de conformation, en agrandissant le diamètre coccy-pubien du détroit périnéal, en reportant plus en bas et en arrière l'axe de ce détroit, en diminuant l'inclinaison du plan qui doit diriger la tête de l'enfant d'arrière en avant, sous la symphyse du pubis, la contraint de séjourner plus longtemps sur le périnée, la fait porter avec plus de force et plus perpendiculairement sur cette partie. Enfin, c'est avec autant de raison qu'on pourrait assigner *à priori* à ces accidents une foule d'autres causes dépendantes de quelque autre disposition vicieuse du bassin ou de la position prise par la tête de l'enfant; mais il conviendrait beaucoup mieux de ne raisonner que d'après les faits, et l'on doit regretter que les auteurs des observations assez nombreuses que nous avons rappelées n'aient pas eu soin de nous transmettre toutes les circonstances relatives à l'enfant et à la mère qui auraient pu résoudre cette question.

Venons enfin à la partie qui nous intéresse plus spécialement, aux moyens de remédier à ces déchirures centrales du périnée. Chez la malade que nous avons sous les yeux, une tentative de réunion a été faite au moyen de la suture enchevillée. Pourquoi n'a-t-elle pas réussi? Sans doute parce qu'elle a été retirée trop promptement; car remarquez que ce n'est que le dixième jour qu'elle a été appliquée. Or,

dans les plaies récentes, la réunion méthodiquement tentée peut s'achever en quatre ou cinq jours; mais dans les plaies qui suppurent, à moins que l'époque ne soit arrivée où la sécrétion du pus est diminuée, où les bourgeons charnus sont convenablement développés, il faut beaucoup plus de temps. A plus forte raison fallait-il un temps beaucoup plus considérable pour une plaie de ce genre, sur laquelle l'écoulement des lochies agissait sans cesse et nuisait par conséquent au travail d'adhésion.

J'ai eu bien des fois, continue M. Dupuytren, l'occasion d'employer la suture pour des plaies suppurantes; mais il fallait, pour en obtenir la réunion, un temps beaucoup plus long que pour les plaies récentes. Les divisions du périnée après l'accouchement sont dans ce cas. Voici un fait que ma mémoire me rappelle et qui n'est pas sans intérêt.

Obs. IV. — *Déchirure du périnée. — Suture. — Rétrécissement de la vulve.* — Je fus appelé, il y a un grand nombre d'années, par M. Gardien et un autre médecin, près d'une jeune fille accouchée en secret et hors la maison paternelle; l'accouchement s'était terminé par une rupture complète du périnée qui allait jusqu'à l'anus et ne s'arrêtait qu'à un pouce de hauteur de la paroi antérieure du rectum. Plusieurs jours s'étaient déjà écoulés depuis l'accident; je conseillai et pratiquai la suture à points séparés; aujourd'hui je préfèrerais la suture enchevillée. Un mois après, la jeune fille fut obligée de retourner chez son père; la réunion n'était point encore faite; une suppuration opiniâtre y avait seule mis obstacle, car je n'avais point coupé les fils, et les fils n'avaient point coupé les chairs. Mon avis fut de laisser la suture en place, persuadé que la réunion aurait lieu. On suivit ce conseil, et je n'entendis plus parler de rien.

Trois ou quatre ans après, je vis entrer dans mon cabinet un homme et une femme; celle-ci se tenait en arrière et me faisait un signe, comme pour m'inviter à la prudence. L'homme, c'était le mari, me fit connaître qu'il n'avait pu consommer le mariage; il désirait savoir si c'était sa faute ou celle de sa femme. Je la visitai, et trouvai l'ouverture du

vagin très étroite, située haut vers le pubis et regardant en avant ; en arrière, le périnée était parcouru par une forte et longue cicatrice. Je conseillai au mari de renouveler ses efforts, qui, en effet, furent enfin couronnés de succès. La femme devint enceinte et accoucha, chose remarquable, sans qu'il se fît de nouvelle déchirure. Tout le monde a déjà deviné que c'était celle que j'avais opérée plusieurs années auparavant. J'ai su qu'elle s'était confiée à un médecin, qui n'avait enlevé la suture que quand la réunion avait été complète.

Dans le cas qui nous occupe, que reste-t-il à faire alors ? Faut-il abandonner les choses à elles-mêmes, rapprocher, après les avoir avivés, les bords libres de la plaie telle qu'elle existe actuellement, et les maintenir affrontés au moyen de points de suture enchevillée? Serait-il nécessaire de fendre le pont charnu qui sépare cette ouverture de la vulve ? Avant de prendre quelque décision à cet égard, nous avons fait coucher cette femme sur le dos, les cuisses fortement rapprochées par des tours de bande, avec recommandation expresse de ne pas quitter cette position. Depuis une dizaine de jours qu'elle est dans nos salles, nous avons déjà remarqué une diminution sensible dans le diamètre de l'ouverture anormale, les bords libres adhèrent déjà sur quelques points. Nous avons donc le droit d'espérer qu'une réunion complète s'effectuera sans opération.

En effet, le 30 novembre dernier, cette femme a quitté l'hôpital complétement guérie. Toute la surface du périnée était cicatrisée. Sans doute, dit M. Dupuytren, il existe encore quelques points de division à la surface du vagin jusqu'à sa jonction avec le périnée, mais ces divisions ne tarderont pas à s'effacer entièrement. Voilà donc un cas qui vient confirmer ce que les divers auteurs ont avancé sur la possibilité de guérir ces solutions de continuité, sans opération, et par les seuls moyens que nous avons employés ; c'est un fait que cet exemple rend désormais incontestable. Nous avons vu, en effet, dans les observations que nous avons citées, que les malades avaient été guéries dans l'intervalle d'un mois à cinq ou six semaines ; telle a été aussi,

à peu près, la durée du traitement chez cette femme. Nous lui avons recommandé, dit en terminant M. Dupuytren, de ne point se livrer à un travail fatigant, de marcher le moins possible, d'éviter surtout le coït et toutes les circonstances capables de détruire des adhérences qui ne sont point encore d'une solidité parfaite. Enfin nous l'avons engagée à revenir nous voir de temps à autre, et surtout à n'y pas manquer si elle redevenait enceinte.

Peu de jours après cette leçon, il s'est offert, dans la salle des femmes en couche, un cas assez intéressant, qui a donné lieu à une excursion de M. Dupuytren sur ce terrain ordinairement étranger à sa clinique.

Des révolutions opérées dans l'établissement des femmes enceintes à l'Hôtel-Dieu, outre leur intérêt historique, ont encore une importance pour l'art. « Il y eut une époque, dit M. Dupuytren, où la mortalité considérable des femmes en couche reçues à l'Hôtel-Dieu fixa, plus qu'elle n'avait encore fait, l'attention de quelques philanthropes. On ne se mit pas en grands frais pour en découvrir les causes ; d'une voix unanime, on accusa l'encombrement des salles, le mauvais air provenant des salles voisines, la fraîcheur produite par le courant de la Seine ; en un mot, tous les inconvénients d'un hôpital populeux, à cheval sur un bras de rivière et entouré de quartiers malsains. L'établissement fut proscrit ; un autre asile s'ouvrit à la Maternité. A-t-on par là obtenu de signalés avantages ? En aucune manière : la mortalité est restée la même, si elle n'a pas été plus forte. » J'ai vu, dit M. Dupuytren, les deux derniers professeurs qui ont dirigé cet autre hôpital, aussi malheureux l'un que l'autre, consternés l'un après l'autre par les pertes que toute leur sollicitude, toute leur habileté ne pouvaient diminuer (1).

(1) D'un relevé publié par M. Dugès, pour les années 1799-1819 inclusivement, la mortalité des femmes en couche à la Maternité, singulièrement variable d'année en année, s'élevait en 1819 à 187 morts pour 1528 accouchées, presque 1/8e. En 1802, elle n'était que de 13 sur 1496, environ 1/115e. Enfin, terme moyen de 19 années (les relevés de 1812 et 1813

C'est qu'en changeant d'hôpital, on les éloignait à la vérité et de la Seine et de ces quartiers si populeux ; mais on n'en a pas mieux disposé les salles ; il y a toujours trop peu d'air pour le nombre de personnes reçues ; et la cause principale et la plus active de la mortalité, c'est le voisinage des femmes en couche, quand les lits sont trop rapprochés.

Voyez en effet ce qui est arrivé à l'Hôtel-Dieu, où l'impossibilité d'évacuer les femmes déjà en travail en avait fait garder un certain nombre, et qui depuis a toujours eu une salle destinée aux femmes des quartiers voisins. On les avait reléguées en une salle très vaste, placée sous les combles, et dans ce même hôpital auquel on attribuait une si fâcheuse influence, les décès ont été moins nombreux proportionnellement qu'à la Maternité. Et certes on ne peut en faire honneur à la manière dont le service était fait. La salle d'accouchements était au nom d'un médecin qui n'y paraissait pas ; le service tout entier retombait donc sur l'interne de garde. Si un accouchement commencé n'était pas terminé à la fin de la garde, la femme passait aux mains d'un interne nouveau ; et quand l'accouchement durait deux ou trois jours, elle se trouvait donc renvoyée à un troisième, à un quatrième accoucheur. Il y a bien plus, souvent un interne, las du service, s'en déchargeait sur un externe titulaire ; trop heureuse la patiente quand celui-ci ne se faisait point suppléer par un bénévole remplaçant, qui n'avait pas même le titre d'externe. C'étaient là des abus criants et qu'il est bon de flétrir publiquement, afin qu'ils ne se renouvellent plus.

Lors de l'invasion du choléra, on fit descendre les femmes enceintes dans une petite salle carrée, contiguë à la salle Sainte-Marthe, dont elle n'est qu'une dépendance. L'espace est assez étroit, et les fenêtres sont tellement disposées, qu'il est difficile d'établir un courant d'air ; et il serait indispensable de faire percer d'autres croisées, si l'établissement de-

manquent), la mortalité est d'environ 1 sur 23. A l'Hôtel-Dieu la perte moyenne est évaluée, mais sans certitude, à 1/15e. (V. l'ouvrage de madame Lachapelle.)

vait subsister. Mais d'ailleurs il existe là un inconvénient d'une bien autre importance : l'accouchement se fait dans la salle même ; les cris de l'enfantement vont également effrayer celles qui attendent leur tour, et tourmenter celles qui sont déjà accouchées et qui ont par-dessus tout besoin de calme et de sommeil. C'est une disposition détestable ; et malgré nos représentations, nos demandes, nos instances, dit le professeur, nous n'avons jamais pu obtenir une salle à part pour cet objet.

Comment se fait-il, au milieu de tant d'obstacles, que si peu de femmes aient succombé ? D'abord c'est que dans la vaste salle qu'elles occupaient sous les combles, les lits étaient séparés par d'assez grands intervalles ; chaque accouchée avait son atmosphère, qui n'était que le moins possible altérée par les émanations de ses voisines. Dans la nouvelle salle, c'est à obtenir cet avantage que l'on s'est aussi appliqué ; les lits sont assez éloignés ; et l'air s'altère moins, quoiqu'il ne puisse être renouvelé. D'ailleurs c'est encore une question à débattre que de savoir s'il est avantageux d'établir des courants d'air dans la chambre d'une accouchée.

Le choléra a visité les femmes enceintes. Toutefois les malades et les morts ont été en petit nombre ; tellement que la mortalité n'en a point paru augmentée. Quelques femmes étaient dans le cinquième ou le sixième mois de leur grossesse ; chez celles-ci le choléra a suivi son cours. M. Dupuytren ne dit pas qu'il ait déterminé l'avortement. Une autre fut prise du choléra, étant près d'accoucher ; le travail qui survint fit rétrograder la maladie. Ces faits ne semblent pas s'accorder beaucoup avec ceux qu'on a cités dernièrement à l'Académie royale de médecine.

Les nouveaux-nés ont eu leur part de l'épidémie. Ils étaient subitement attaqués de vomissements, de dévoiement ; ils devenaient pâles, froids, immobiles ; trois heures suffisaient au choléra pour les tuer. A part la coloration bleue, c'était bien le choléra épidémique, mais approprié à cet âge, c'est-à-dire marchant avec une rapidité plus grande que chez les adultes, et imitant en cela les autres maladies de l'enfance.

ARTICLE VII.

DES TUMEURS FIBREUSES OU POLYPES DE LA MATRICE. — DES TUMEURS CELLULEUSES ET VASCULAIRES.

Parmi les affections nombreuses qui attaquent les organes de la génération chez la femme, il en est une dont la fréquence est assez grande ; c'est vous nommer les polypes ou tumeurs fibreuses de la matrice. Sous l'influence de causes peu connues, dans des circonstances qu'il est souvent impossible de préciser avec exactitude, on voit se développer dans le tissu de l'utérus des productions de nature fibreuse. La connaissance un peu approfondie de ces tumeurs ne date guère que du dix-huitième siècle. Pour trouver des données satisfaisantes sur ce sujet, il faut presque arriver jusqu'à Levret, qui, tout en négligeant leur anatomie pathologique a cependant bien décrit leurs symptômes, leur thérapeutique, et, disons-le, complétement changé la face de la science à cet égard ; néanmoins il laisse encore beaucoup à désirer. Depuis lui, un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette maladie, et parmi eux se distingue notre célèbre Bichat, dont le travail sur leur transformation fournit à M. Roux les matériaux de son important mémoire. On doit aussi citer les recherches de Bayle faites sous la direction de M. Dupuytren (1).

La fréquence des polypes a depuis long-temps appelé notre attention. Il ne se passe point, en effet, d'années que nous ne soyons consulté soit dans l'hôpital, soit dans notre pratique en ville, pour ces sortes de maladies. Dans ce moment nous avons encore sous les yeux deux femmes qui ont été reçues dans le courant de 1833, et dont nous allons vous faire l'histoire.

(1) Marx et Paillard, *Mémoire sur les polypes fibreux de la matrice*, 1834.

Obs. I. — *Polypes de l'utérus.* — *Excision.* — *Guérison.* — M..., une de ces malades, âgée de quarante-six ans, est entrée à l'hôpital, se plaignant d'avoir, depuis un mois, un écoulement de sang par le vagin, auquel depuis huit jours a succédé un écoulement en blanc, sanieux et légèrement fétide; elle prétend n'avoir éprouvé jusque là aucun phénomène indiquant une lésion de la matrice. Nous ne pouvons, dit M. Dupuytren, ajouter foi à cette assertion : il est une classe de femmes qui, endurcies par des travaux pénibles, des fatigues de tous genres, et habituées pour ainsi dire à une foule d'incommodités, ne s'observent point et ne peuvent rendre compte de ce qu'elles éprouvent que lorsqu'il survient une réaction générale ou quelque accident particulier qui les oblige à garder le lit, ou à suspendre leurs occupations ordinaires. Le médecin qui l'avait touchée en ville a méconnu sa maladie, et lui a annoncé qu'elle avait un cancer de l'utérus. Depuis quelque temps il existe une constipation opiniâtre, facilement explicable par la compression que la tumeur exerce sur le rectum. Nous lui avons fait donner des lavements légèrement purgatifs; les selles se sont rétablies, et la malade s'est trouvée tellement soulagée, que peu s'en faut qu'aujourd'hui elle ne se croie guérie et ne refuse l'opération. Mais le polype a le volume de plus de la moitié du poing; on trouve à sa surface quelques ulcérations superficielles; cependant l'écoulement ne présente pas cette fétidité repoussante, si ordinaire à une certaine époque de ces affections.

L'autre malade est âgée de quarante-huit ans. Remarquez cette coïncidence d'âge chez ces deux femmes : c'est en effet vers cette période de la vie, c'est-à-dire de trente-huit à cinquante ans que surviennent le plus généralement les maladies organiques de l'utérus. Depuis un an, celle-ci était affectée d'une perte en rouge, continuelle et fort abondante, qu'elle appelle ses règles, et qu'elle explique, sans en être fort inquiète, en disant que ces pertes sont communes parmi les femmes arrivées à l'âge critique. Depuis un mois environ, cet écoulement sanguin s'est transformé en un écoulement sanieux, d'une horrible fétidité. Elle a éprouvé, dit-elle,

fréquemment des douleurs dans les reins, des tiraillements aux aines et aux cuisses, un sentiment douloureux de pesanteur au fondement, et ce dernier symptôme est celui dont elle se plaint le plus aujourd'hui. Nous l'avons touchée, et avons reconnu l'existence d'un polype qui a au moins le volume du poing. En le circonscrivant avec le doigt, on trouve que, légèrement conoïde à son extrémité inférieure, il s'élargit, se renfle à son centre, puis se rétrécit, et présente, au lieu de son insertion à la matrice, un pédicule de la grosseur de deux doigts environ, qui prend racine dans l'intérieur de l'organe et se trouve embrassé, comprimé par le col de l'utérus, comme dans un anneau.

Faisons maintenant, dit M. Dupuytren, un rapprochement entre ces deux cas. Les deux femmes sont du même âge; chez l'une et l'autre, la tumeur présente, à quelque chose près, le même volume, occupe la même région utérine, et a donné lieu aux mêmes phénomènes extérieurs, un écoulement de sang, suivi d'un écoulement sanieux et fétide. Mais chez l'une la surface de la tumeur est lisse, chez l'autre elle est inégale; chez la première la substance est dense, résistante; elle est molle, ramollie chez la seconde; chez la première, l'écoulement sanguin n'existe que depuis un mois, et il y a peu de fétidité; chez la seconde, il existe depuis un an, et il y a une fétidité horrible. D'où il faut conclure que la tumeur n'est point encore dégénérée chez la première malade, et que l'on pourrait sans inconvénients retarder un peu l'opération, tandis qu'il y a un commencement de dégénérescence dans le second cas; qu'il est urgent de pratiquer le plus tôt possible l'opération, et même que celle-ci n'offre plus que des chances fort incertaines de succès.

Cependant cette dernière malade paraît beaucoup souffrir; elle éprouve, dit-elle, des douleurs très fortes aux reins, une sensation pénible dans le vagin et dans le rectum. D'un autre côté, que les douleurs soient vraies ou simulées, l'opération lui répugne, nous n'avons pu l'y décider, par conséquent elle se trouve dans des conditions physiques et morales très peu favorables, et le moment serait mal choisi

pour l'opérer. L'autre, au contraire, ne souffre aucunement; elle est parfaitement résignée; il n'existe aucune complication; nous n'avons point remarqué de contre-indication; les glandes des aines et de l'abdomen ne sont point engorgées; l'état général est bon : tout se réunit donc pour faire espérer que l'opération aura un plein succès, et nous n'hésitons pas à la pratiquer immédiatement.

Avant d'y procéder, M. Dupuytren expose dans tous leurs détails le procédé opératoire par lui adopté et les motifs qui, depuis fort long-temps, lui ont fait donner la préférence à la *section* sur la *ligature*, motifs que nous déduirons plus loin.

Le 21 janvier, la malade est conduite à l'amphithéâtre, placée sur le lit destiné aux opérations de la taille, les jambes et les cuisses fléchies, fortement écartées et soutenues par des aides. L'état des parties de nouveau examiné, on introduit une pince de Museux, dont les mors sont ancrés dans la substance de la tumeur; on exerce des tractions modérées et continues, en recommandant à la malade de faire en même temps des efforts soutenus d'expulsion, comme pour aller à la selle ou pour accoucher. Elle exécute avec intelligence cette prescription. La tumeur amenée près de l'orifice externe, une seconde paire de pinces est introduite et la saisit, des tractions douces sont continuées et secondées par les efforts de la malade. La tumeur paraît d'abord à l'orifice vulvaire, puis le franchit bientôt, et le col utérin lui-même est mis à découvert. Alors, au moyen de deux ou trois coups de forts ciseaux courbes, M. Dupuytren coupe le pédicule dans sa racine même et enlève tout le tissu malade.

La section ne fut accompagnée d'aucune douleur ni suivie d'aucun écoulement de sang. Cependant on remarquait à la surface coupée du pédicule les orifices de quelques vaisseaux sanguins. Après l'opération, M. Dupuytren fit rester quelque temps la malade à l'amphithéâtre, afin que la foule considérable des spectateurs pût s'assurer par elle-même s'il y aurait ou non une hémorrhagie : la malade, au bout de plus d'un quart d'heure, n'avait pas perdu la plus petite quantité de sang.

Le lendemain, on pouvait évaluer à une ou deux cuillerées ce qui s'en était écoulé dans les vingt-quatre heures. Je vous avoue, dit M. Dupuytren, que, loin de me féliciter de cette circonstance qui, du reste, réfute victorieusement l'une des principales objections faites au procédé opératoire que j'ai adopté, je regrette au contraire qu'il n'y ait pas eu quelque légère hémorrhagie. Une perte de sang plus ou moins considérable est toujours utile après ces sortes d'opérations; elle rend beaucoup moins imminents les accidents inflammatoires consécutifs auxquels les malades sont exposées. Après ce que je vous avais dit hier sur l'innocuité de la section, il me tardait de voir cette malade aujourd'hui : eh bien! elle n'a éprouvé aucune espèce d'accident; elle n'a même pas eu de frissons; il n'y a point de fièvre; l'état général est des plus satisfaisants, et rien n'annonce jusqu'ici une réaction inflammatoire sur la matrice; elle sera surveillée de près, et au premier indice, on appliquerait avec énergie tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, les saignées locales et générales, les topiques émollients, les révulsifs, etc. Nous avons recommandé un régime sévère, et, à moins de quelque imprudence grave, nous espérons que cette femme sera parfaitement guérie dans une douzaine de jours.

Le troisième jour de l'opération, on aurait dit la malade dans un état de santé parfait; elle n'avait pas eu le moindre mouvement fébrile; elle était gaie, contente de sa position, et demandait à manger. Ce n'est que par prudence que des aliments lui furent encore refusés. N'ayant pas été à la selle depuis plusieurs jours, on lui prescrivit un lavement, et l'on continua les fomentations émollientes sur l'abdomen. Elle marcha rapidement vers la guérison, et sortit de l'hôpital dans les premiers jours de février.

La seconde malade, placée dans des conditions beaucoup moins favorables, encouragée par l'exemple de la précédente, se décida à l'opération, qui fut pratiquée le lendemain, c'est-à-dire le 22 janvier.

Nous vous avons fait remarquer, dit M. Dupuytren, que chez cette dernière malade un écoulement sanieux avait suc-

cédé, depuis un mois environ, à des pertes en rouge, et avait bientôt acquis une extrême fétidité; que la masse polypeuse était molle, fongueuse, ce qui indiquait un commencement de dégénérescence. En effet, la tumeur ayant été saisie avec les pinces, elle cédait facilement sous les plus légères tractions et se déchirait. Amenée à l'orifice supérieur de la vulve, nous aperçûmes une masse grisâtre, gangrenée. Lorsqu'elle eut franchi dans son plus grand diamètre l'orifice externe, nous introduisîmes les doigts, et à peine arrivé au pédicule, nous reconnûmes qu'il était tellement mou, qu'il aurait été impossible de l'attirer au dehors sans qu'il se rompît sous l'effort des tractions. Pour éviter cet accident, nous nous sommes hâté d'en faire la section le plus près possible de son insertion, en portant les ciseaux dans l'intérieur du vagin; mais nous sommes persuadé qu'il en est resté quelque partie, et cette circonstance peut avoir des suites fâcheuses, ainsi que nous l'expliquerons bientôt.

Cette opération, comme la première, ne fut suivie d'aucune perte de sang. Le lendemain, il ne s'en était écoulé que quelques cuillerées; il n'y avait plus ni écoulement sanieux, ni fétidité; la malade n'avait point eu de frissons, ne présentait aucun symptôme de métrite, ni de péritonite, ni d'inflammation des veines. Cependant elle avait conservé de la douleur dans l'hypogastre, et on lui appliqua une quinzaine de sangsues aux cuisses.

Le quatrième jour, la malade est prise de frissons et se plaint de fortes douleurs dans le bas-ventre, vers l'ombilic, aux aines, dans le dos. On fait une seconde application de sangsues. Le cinquième jour, elle est dans un état de malaise indicible, la gorge est douloureuse, la fièvre forte, les frissons répétés, l'abattement général très prononcé. Cet état s'aggrave, et elle succombe dans la nuit du 27 au 28, c'est-à-dire le septième jour de l'opération.

L'opération, dit M. Dupuytren, a été prompte, courte et sans douleur; il n'y a eu, depuis, aucun écoulement ni en blanc ni en rouge. Les symptômes que la malade avait auparavant ont persisté, ils ont même augmenté. Les douleurs, la

fièvre sont devenues plus fortes, la couleur jaune du teint plus prononcée. Mais on n'a observé aucun symptôme que l'on puisse considérer comme l'effet de l'opération; il ne s'est manifesté aucun indice d'inflammation consécutive de la matrice ou de quelque autre organe : elle a donc succombé à la persistance et à l'accroissement des phénomènes primitifs, aux accidents déterminés par une résorption purulente, provenant des restes du pédicule que l'instrument n'avait pu emporter. Je suis porté à croire que nous trouverons aussi dans la matrice des traces d'une inflammation ancienne. Peut-être existera-t-il encore des dégénérescences carcinomateuses sur différents points.

L'ouverture du corps étant faite, on trouve l'épiploon dans un état d'intégrité parfaite. La matrice est très volumineuse. Tous les organes du bassin, la matrice, les ovaires, la vessie, l'extrémité du gros intestin adhèrent entre eux par des productions organisées, c'est-à-dire de nature celluleuse et par conséquent produites par une inflammation ancienne, bien antérieure à l'opération. Elles devaient remonter à plusieurs semaines, et l'époque présumée de leur formation se rapporte assez bien à l'époque où la malade avait commencé à éprouver des douleurs dans le bassin. Plusieurs fois nous avons trouvé des foyers purulents dans les veines ovariques. Cette lésion anatomique a surtout été rencontrée après la ligature des polypes (1).

A quoi attribuer cette mort ? à l'inflammation extérieure ? C'est à cette solution que s'est arrêté M. Dupuytren, prenant en considération le peu de temps écoulé depuis l'opération, l'organisation des adhérences et la présence du pus dans le tissu cellulaire. L'opération paraît bien avoir été la cause déterminante, mais comment a-t-elle agi? L'absence des résultats anatomiques nous laisse dans un doute complet à cet égard. Les frissons violents auraient pu faire présumer une résorption des liquides sécrétés, surtout en y joignant la suppression de l'écoulement vaginal; mais l'autopsie n'a

(1) Observation recueillie par M. Buet.

point confirmé ces prévisions. Nous avouons que la cause de la mort reste pour nous inexplicable.

Faut-il cependant l'attribuer à la méthode opératoire ? La simplicité, la promptitude de l'excision, le peu de douleur qu'elle cause, la sécurité qui l'accompagne d'ordinaire, repoussent cette supposition. Avec une malade ainsi disposée, qui oserait dire que la ligature ou toute autre méthode auraient empêché le développement des symptômes qui ont amené la mort ?

Nous avons dit, continue M. Dupuytren, que la matrice présentait un volume trois ou quatre fois plus considérable que dans l'état naturel. Cet excès de volume tient-il à un épaississement de ses parois ou, comme on le dit, à une hypertrophie, ou à un second polype qui serait renfermé dans sa cavité? Cette dernière hypothèse n'est pas sans fondement : l'expérience a démontré que les polypes fibro-celluleux de la matrice sont rarement seuls et le plus souvent multiples. Il arrive fréquemment que l'un d'eux fait saillie hors du col utérin, et est accompagné d'un second renfermé dans la cavité de l'organe, dont on ne peut constater l'existence ou que l'on ne soupçonnait même pas. Le premier est enlevé, les malades se rétablissent plus ou moins bien ; mais le second reste, dégénère, et les malades périssent. Nous reviendrons sur ce sujet.

La membrane péritonéale étant enlevée, la surface de la matrice paraît d'un rouge foncé, fortement enflammée. On incise les parois de l'organe, et l'on voit qu'elles sont considérablement épaissies. Cet épaississement est évidemment la cause de son volume anormal, car il n'existe rien dans sa cavité, ni polype, ni liquide. Les efforts déterminés par la présence de ces corps étrangers rendent très bien compte de cette hypertrophie. Sa surface interne offre le même état de rougeur violacée qu'on a observée à l'extérieur. A sa face postérieure, près du col, on remarque sur un point circonscrit, de l'étendue d'une pièce de trente sous, des saillies, des inégalités fongueuses, putrescentes, qui se prolongent dans l'épaisseur de la paroi. On pense qu'elles sont les restes

du pédicule et qu'elles indiquent le lieu de son implantation, comme dans les cadavres de femmes récemment accouchées on retrouve les traces de l'insertion du placenta.

Nous vous avons fait remarquer, ajoute M. Dupuytren, lorsque nous eûmes attiré à l'orifice vulvaire les tumeurs des deux femmes dont nous venons de vous faire l'histoire, l'aspect grisâtre, violacé, évidemment gangrené qu'elles offraient. Mais, chez l'une, cet état de gangrène se bornait encore à un petit espace et ne frappait que la surface inférieure du polype, tandis qu'il en avait envahi la plus grande partie chez la seconde. Chez celle-ci, le corps, aussi bien que le pédicule du polype, était mou, fongueux; cette mollesse, cette fongosité étaient encore très limitées, circonscrites à la surface frappée de gangrène dans le polype de la première opérée. Nous vous avons dit que ces circonstances étaient pour nous une preuve du passage de ces tumeurs à la dégénérescence carcinomateuse, mais à des degrés bien différents; à peine commencée chez l'une, elle devait être fort avancée et avoir envahi une grande partie de la tumeur chez l'autre. L'examen anatomique de ces corps a complétement justifié nos prévisions.

Ce qui s'est passé dans ces deux cas, nous l'avons observé dans tous les cas de polypes qui, abandonnés à eux-mêmes, étaient arrivés à un degré plus ou moins avancé de dégénérescence. Tant que les malades n'ont qu'un écoulement en rouge ou en blanc, il n'y a pas de fétidité; touchez: la tumeur vous offre partout une dureté égale; introduisez le spéculum, vous voyez un corps blanc ou rosé, lisse, à surface polie, égale, etc. Survient-il un écoulement sanieux? il exhale une horrible fétidité, une odeur de gangrène insupportable; examinez les parties: vous rencontrez de la mollesse, de la fongosité dans une étendue relative au temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de ces derniers symptômes.

Mais, en même temps, c'est à cette époque que la constitution générale des malades commence à s'altérer d'une manière grave; que le teint devient jaune paille; qu'il se développe une réaction générale, un mouvement fébrile con-

tinu ; que les malades maigrissent rapidement, perdent l'appétit et le sommeil : leur vie est dans un danger imminent.

Ainsi, un écoulement sanieux, d'une grande fétidité, est le signe certain de l'inflammation, du ramollissement ou du développement de la gangrène dans la tumeur utérine ; par conséquent, il est possible de préciser l'époque où cette gangrène a commencé. Nous avons une preuve de ces assertions dans les deux exemples qui sont sous nos yeux : l'une de ces femmes, celle qui a succombé, avait un écoulement sanieux et d'une extrême fétidité depuis vingt-huit ou trente jours, lorsqu'elle arriva à l'hôpital : déjà nous trouvâmes le polype ramolli, fongueux, et frappé de gangrène dans sa plus grande étendue ; et à l'examen de la tumeur, vous avez vu que la gangrène et la dégénérescences quirrheuse avaient fait de grands progrès. L'autre, celle qui est en voie de guérison, n'avait un écoulement de même nature que depuis quelques jours : nous l'examinâmes de nouveau la veille de l'opération, et la tumeur qui, jusque là, était dure, résistante, lisse, blanchâtre, présentait à sa face inférieure un point grisâtre, ramolli, inégal ; la dissection de la tumeur vous a fait voir une dégénérescence à peine commencée.

Ainsi il paraîtrait qu'il y a coïncidence entre l'apparition de la gangrène et le début du travail cancéreux. Nous allons voir quelle est la cause de cette gangrène et l'erreur dans laquelle on est tombé à ce sujet.

On a beaucoup parlé, dit M. Dupuytren, de la chute spontanée des polypes par suite de la gangrène, et de la guérison qui en résulte. Dans les cas qui nous occupent, pouvait-elle être un moyen de salut ? Quelle est la cause de ce phénomène? serait-ce la constriction exercée par le col utérin sur le pédicule de la tumeur, lorsque celle-ci a dépassé cet orifice ? Mais généralement, la gangrène n'attaque pas à la fois le polype dans sa totalité ; elle le frappe partiellement, vers son sommet d'abord, puis elle l'envahit d'une manière progressive pour en atteindre en entier le corps et le pédicule après un temps ordinairement fort long.

C'est donc par la face inférieure, par celle qui est directement exposée au contact de l'air que l'altération, le ramollissement commencent. Le corps du polype est frappé le premier, le pédicule est atteint le dernier. Par conséquent ces phénomènes ne sauraient être attribués à la constriction du col, comme on l'a prétendu.

Mais croyez-vous que la réaction générale, les phénomènes d'infection qui se manifestent à cette période de la maladie, l'amaigrissement rapide que l'on observe, les douleurs, les insomnies qui se déclarent, etc., soient sans danger pour la vie des malades? Que celles-ci, épuisées par l'abondance de l'écoulement, par un état fébrile continuel, puissent impunément arriver à l'époque éloignée et incertaine où le pédicule de la masse polypeuse sera frappé de mort et détaché de l'utérus? La gangrène n'est donc un bien et un moyen probable de guérison, que lorsqu'elle est générale, c'est-à-dire qu'elle attaque la totalité de la tumeur; elle est un ma lorsqu'elle est partielle, et elle compromet la vie des malades.

D'ailleurs, il est rare que le pédicule soit détaché en totalité de son point d'insertion par suite de la gangrène; il en reste presque toujours quelques parties, qui fournissent les éléments d'une reproduction de la maladie, ou entretiennent les symptômes généraux préexistants et par conséquent l'état fâcheux où les malades se trouvaient. Et remarquez que celles-ci sont alors dans le même cas que si elles avaient été opérées par la ligature; c'est en effet en frappant la tumeur de gangrène que la ligature agit.

Du reste, les exemples de chute spontanée des polypes par gangrène sont très rares; nous n'en avons rencontré que deux dans notre longue pratique: nous allons vous en donner l'histoire.

Obs. II. — *Polype mou, ulcéré. — Chute spontanée de ce corps. — Guérison.* — Pélégrini (Françoise), âgée de trente-deux ans, Italienne, d'une constitution sèche, réglée à dix-huit ans, mère de quatre enfants, accoucha toujours heureusement; la première fois, à vingt-deux ans, la dernière, à vingt-huit. Depuis cette époque, la menstruation était assez

régulière, seulement chaque époque était suivie d'un écoulement en blanc pendant quelques jours. Au mois d'août 1816, sans cause connue, elle est prise de pertes abondantes; elle n'éprouve d'ailleurs aucune gêne aux parties génitales; elle continue ses occupations qui sont peu fatigantes; elle n'observe pas que la fatigue augmente la quantité de ses pertes. Celles-ci continuent pendant cinq mois, tantôt en rouge, tantôt en blanc, ne laissant guère qu'un ou deux jours d'intermittence. Vers le mois de février 1817, elle éprouve des douleurs aux reins et quelques tiraillements aux aines; elle fait usage d'astringents à l'intérieur, ne croyant être affectée que d'une hémorrhagie utérine ordinaire, car on ne l'avait pas touchée.

Elle vint à l'Hôtel-Dieu le 18 mars 1817. Elle se plaignait de pertes continuelles assez abondantes, alternativement en rouge et en blanc, de quelques douleurs légères aux reins, de tiraillements intermittents aux aines; la malade ne présentait point cette altération de la face, cette pâleur qui suit les pertes de sang abondantes et long-temps continuées. Nulle gêne dans l'excrétion des urines ou des matières fécales; nul sentiment de pesanteur au périnée. Le toucher pouvait seul faire reconnaître la nature de la maladie; le doigt porté dans le vagin ne tarde pas à rencontrer un corps cylindroïde, mollasse, légèrement bosselé, ulcéré, exhalant une odeur fétide, du volume de l'extrémité de l'indicateur, dépassant d'un pouce et demi à peu près le col de l'utérus, dans l'ouverture duquel il s'engageait; l'orifice béant de celui-ci recevait facilement l'extrémité du doigt qui pouvait parcourir toute la circonférence du corps indiqué; mais à quelque hauteur qu'on arrivât, on ne pouvait sentir le point de son insertion : cette affection était donc un polype. Comme il était peu volumineux, et qu'il n'avait pas la consistance qu'ont le plus souvent les polypes utérins, M. Dupuytren se proposa de l'arracher avec des pinces un peu fortes, garnies de cuillers assez larges: l'opération est remise au quatrième jour. La malade conduite à l'amphithéâtre est placée sur le bord d'un lit élevé; le doigt introduit dans le vagin n'y ren-

contre plus la tumeur qu'on avait ressentie antérieurement; la malade dit alors que la veille elle avait rendu un corps noirâtre, allongé, qu'elle avait pris pour un caillot et qu'elle n'avait pas conservé; elle ne put donner de renseignements précis sur sa forme ni son volume. Quant à sa consistance, elle la trouva plus grande que celle d'un caillot qu'elle avait rendu précédemment; le deuxième jour, les pertes en rouge étaient diminuées; au troisième, elles avaient complétement disparu, un écoulement en blanc leur avait succédé; il était peu abondant et il cessa le sixième jour. Alors il restait une légère douleur aux reins et à l'hypogastre. Le 30 mars, huitième jour de la chute du polype, le col de l'utérus était revenu sur lui-même, son orifice était fermé; la matrice elle-même n'avait pas un volume sensiblement plus considérable que de coutume. Le 2 avril, elle sortit presque guérie : la veille elle avait encore eu quelques écoulements en rouge. Au bout de six jours de sa sortie, elle rendit un corps pareil à celui qu'elle avait expulsé la première fois; dès lors les pertes cessèrent entièrement.

Quelle idée devait-on se former sur la disparition d'un polype, dont la présence avait été constatée par plusieurs personnes? Le polype était-il remonté dans l'utérus? la chose était concevable pour qui connaît la manière dont ces corps nés du fond de l'utérus descendent dans le vagin; car on sait qu'ils entraînent avec eux le fond de cet organe, et vont même jusqu'à en déterminer un renversement plus ou moins considérable; on sait aussi qu'après la section du pédicule de la tumeur, l'utérus remonte au point qu'on ne tarde pas à ne plus sentir le lieu de l'insertion. D'ailleurs, on a vu dernièrement à l'Hôtel-Dieu une femme chez laquelle un polype utérin, assez volumineux, remontait dans la matrice et descendait dans le vagin alternativement.

Ce polype pouvait bien s'être détaché spontanément, comme on en a plusieurs exemples; non, comme le pense Levret, auteur d'un Mémoire sur ces affections, parce que le pédicule de la tumeur aurait été fortement comprimé par le col de l'utérus comme par une ligature, mais parce que la

tumeur étant ramollie par l'ulcération gangréneuse, les mouvements qu'on lui aura imprimés en la touchant auront déchiré son pédicule.

OBS. III. *Polype utérin. — Chute spontanée. — Mort. — Autopsie.* — Marie-Marguerite Learmont, âgée de soixante-neuf ans, fut couchée, le 4 floréal, au nº 25 de la salle Saint-Jean. Depuis dix ans, elle éprouvait des pertes en rouge, de la douleur dans le ventre et les reins. En la descendant du brancard sur lequel elle s'était fait apporter, elle rendit un polype fibreux du poids d'une livre et demie. Le lendemain, quoique débarrassée de ses douleurs, l'écoulement sanguin continue. Le quatrième jour, la malade est assoupie, se plaint de douleurs à la tête et dans le bas-ventre; la langue est blanche; il y a de la fièvre. (Tisane de chiendent, diète.) Cet état de souffrance continue et va en augmentant jusqu'au 28 floréal, vingt-quatrième jour de son admission à l'Hôtel-Dieu. La malade mourut dans la nuit. Rien n'avait été changé dans son traitement.

Le 30 floréal, M. Pelletan a procédé à l'ouverture du cadavre et a reconnu ce qui suit :

La matrice, d'un volume triple de son état naturel, offrait à sa face postérieure une tumeur de nature fibreuse de la grosseur et de la forme d'un œuf de pigeon. L'ovaire gauche était remplacé par une poche contenant des hydatides. Le col de la matrice, dilaté, était rempli de caillots de sang. Tout le corps de la matrice était parsemé de petites tumeurs fibreuses. Près du museau de tanche, on observait une plaie qui était l'implantation du polype expulsé spontanément. La poitrine et le ventre n'offraient rien de particulier (1).

OBS. IV. — *Tumeur dans la matrice faisant saillie dans le vagin. — Au moment d'être extirpée on ne la retrouve plus. — Les accidents qu'elle déterminait cessent.* — Dubois (Antoinette), âgée de trente-neuf ans, mariée, journalière, bien réglée, avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de trente-cinq ans; mère de quatre enfants qu'elle nourrit, les

(1) Observation recueillie par M. Girardot.

accouchements furent heureux. Il y a quatre ans que la malade commença à éprouver quelques légères douleurs dans le bas-ventre ; les règles devinrent plus abondantes, et paraissaient quelquefois tous les quinze jours; peu après les douleurs augmentèrent et se propagèrent aux aines, aux cuisses et au fond du vagin; elles étaient accompagnées d'un sentiment de pesanteur au fondement, et souvent aussi de constipation à laquelle on ne pouvait remédier même par des purgatifs.

Il survint des écoulements en blanc et en rouge; la santé générale se détériora lentement; les digestions devinrent lentes, l'appétit presque nul, le sommeil interrompu. La malade supporta ses souffrances avec courage; elle ne pouvait se résoudre à consulter. Six mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle eut une perte assez abondante, ce qui la décida à appeler son accoucheur; il la toucha, et trouva au fond du vagin une tumeur assez volumineuse; après lui avoir donné quelques soins pour réparer ses forces, il lui conseilla de venir à l'Hôtel-Dieu, car il pensait qu'une opération pourrait seule la guérir.

Le 23 août, elle fut admise par M. Dupuytren, et couchée au n° 41 de la salle Saint-Jean. Le lendemain, elle était pâle, affaiblie ; on lui ordonna des bains, et un léger purgatif pour déterminer quelques selles, car il y avait toujours constipation opiniâtre.

Le 5 septembre, M. Dupuytren toucha la madade; il diagnostiqua une tumeur qui, naissant des parois de l'utérus, faisait saillie dans le col ; on pouvait porter le doigt autour de sa circonférence, qui était arrondie et sans adhérence; mais il fut impossible d'arriver jusqu'au pédicule qui paraissait être assez haut placé. Je m'assurai, ainsi que mon collègue Michon, de l'existence de cette tumeur, je la fis même sentir à M. Helute, médecin suédois. M. Dupuytren pensa qu'il serait possible de saisir cette tumeur à l'aide de la pince de Museux, de l'attirer lentement au-dehors, et de faire la section du pédicule; si l'on ne pouvait atteindre le pédicule, il serait toujours utile de retrancher une partie de cette tumeur.

Le 14 septembre, la malade fut conduite à l'amphithéâtre;

tout était prêt pour l'opération. Les cuisses étant écartées et fléchies, maintenues par des aides, M. Dupuytren porta le doigt au fond du vagin ; il parut hésiter un instant, chercha avec attention, et dit qu'il ne trouvait pas de tumeur, les parties étaient dans leur état naturel ; le col était un peu descendu, mais pas entr'ouvert. Cependant il y avait bien identité de personne, et M. Dupuytren ainsi que plusieurs élèves avaient senti la tumeur ; le professeur de clinique interrogea la malade avec un soin extrême ; il apprit d'elle que depuis dix jours les douleurs étaient presque complétement dissipées, et qu'elle avait à peine quelques écoulements en blanc ; il insista pour savoir s'il n'était rien passé par le vagin pendant et après les règles ; la malade assura qu'elle n'avait rien senti. Ce fait bien établi était assez extraordinaire ; en effet la malade n'avait plus de tumeur ; mais qu'était-elle devenue ? de deux choses l'une : ou elle était rentrée dans la cavité de l'utérus, ou elle s'était détachée et avait été entraînée au-dehors. M. Dupuytren pencha pour cette dernière opinion, en disant qu'il était probable que la tumeur fibreuse était tombée dans les efforts pour aller à la garde robe. Sans contester cette explication, on peut se demander comment il a pu se faire que cette femme qui chaque jour sentait son mal, avait l'esprit attentif à son opération, ne se soit point aperçue de la chute de la tumeur, quoique celle-ci, d'après les réponses, ait dû se détacher depuis dix jours.

Quoi qu'il en soit, Dubois, pendant le reste de son séjour à l'hôpital, n'éprouva plus aucun accident ; et M. Fournier qui la revit quatre mois après la trouva en bonne santé (1).

Ce qui rend dans ce cas le diagnostic obscur et difficile, c'est que certains polypes qui acquièrent dans la cavité même de l'utérus un très grand volume, et qui dans les temps ordinaires ne déterminent que des accidents particuliers au premier état, occasionnent à l'approche des règles, et pendant tout le temps qu'elles durent, des douleurs et des efforts d'expulsion tout-à-fait semblables à ceux de l'accouche-

(1) Observation recueillie par M. Fournier.

ment, dont les résultats sont le ramollissement du col de l'utérus, et, pendant les instants qui correspondent aux douleurs expultrices, la saillie de la tumeur qui s'ouvre un passage à travers son orifice. Le toucher pourra donc, à des époques rapprochées, fournir des données très différentes, puisque, pratiqué hors le temps de l'évacuation menstruelle, il ne fera reconnaître qu'un accroissement du volume de l'utérus dont le col est fermé; tandis que, exercé pendant cette époque, et surtout durant une douleur, il pourra faire croire qu'il existe un polype arrivé à son second état.

Or cette dernière opinion sera elle-même détruite au bout de peu de temps; car, ordinairement, après l'époque dont il s'agit, les douleurs cessent, le polype remonte dans la cavité de l'utérus, et le col de l'utérus se ferme de nouveau sur lui.

Il est des polypes utérins, de nature fibreuse, qui se détachent spontanément sans que leur pédicule soit ramolli par la gangrène : ce sont ceux qui se développent presque immédiatement sous la membrane interne de la matrice; à peine ont-ils franchi le col, que leur couche extérieure étant très mince, se rompt facilement et ils tombent d'eux-mêmes, après avoir donné lieu à quelques pertes. On en trouve des exemples cités par divers auteurs, et, entre autres, par madame Boivin, dans son Traité des maladies de l'utérus, et dans un Mémoire sur les polypes de la matrice, publié dans le Journal Général de Médecine, rédigé par M. Gaultier de Claubry.

Deux procédés opératoires partagent aujourd'hui les hommes de l'art dans le traitement de ces tumeurs : la *ligature* adoptée par un grand nombre de chirurgiens recommandables, et la *section* à laquelle M. Dupuytren donne en général une préférence exclusive depuis longues années. Les nombreux inconvénients, dit M. Dupuytren, que nous avons reconnus au premier de ces procédés nous ont fait adopter celui que vous nous avez vu appliquer si souvent avec succès, l'*excision*.

La ligature n'est pas aussi facile à appliquer qu'on l'a prétendu; et ce qui le prouve, c'est le grand nombre d'in-

struments qui ont été successivement imaginés pour la pratiquer. Par suite de ces difficultés, elle embrasse difficilement la totalité du pédicule, circonstance fâcheuse, de laquelle résulte, comme nous l'avons dit précédemment, ou la récidive de la maladie, ou la continuation des symptômes généraux.

Ce qui nous a surtout décidé à abandonner la ligature, ce sont les accidents consécutifs. Les malades sont dans un état satisfaisant pendant deux ou trois jours, mais au bout de ce temps il se fait un écoulement de la plus grande fétidité, résultant de la mortification de la tumeur; des symptômes d'infection par résorption purulente se déclarent; survient un état ataxique que l'on combat vainement par les toniques et les antiputrides, et les malades succombent. Après la mort, on trouve les traces d'une inflammation violente qui s'était emparée de la matrice, de ses annexes, des veines, et même du péritoine; tantôt on ne trouve rien qui atteste l'existence de cette phlegmasie, mais l'on acquiert la conviction que les malades ont succombé à un véritable empoisonnement par résorption de pus. Je possède, ajoute M. Dupuytren, huit ou dix observations de femmes qui ont péri de cette manière à la suite de la ligature dans d'autres hôpitaux, observations que j'ai eu l'occasion de réunir dans les examens. Je n'ai jamais vu la section déterminer ces accidents, et, en fait, ils ne peuvent avoir lieu, puisqu'elle ne laisse aucune cause de suppuration.

La ligature est très douloureuse, et ces douleurs s'expliquent par l'existence d'une membrane charnue autour des polypes; de plus, lorsque la ligature est faite, les malades éprouvent des douleurs très fortes dans les reins, dans les aines et dans le bassin, jusqu'à ce qu'elle tombe et que la tumeur soit détachée. La section s'opère et n'est suivie d'aucune douleur. Bien plus, les malades sont instantanément soulagées de celles qu'elles éprouvaient auparavant.

On voit souvent les douleurs déterminées par la ligature, qui cessent en général aussitôt que la constriction est parfaite, continuer avec elle, s'étendre dans les fosses iliaques, c'est-à-dire aux annexes de la matrice, occasionner

des vomissements, et, par l'action du fil sur l'enveloppe charnue du polype, développer une inflammation qui marche sourdement, envahit l'un et l'autre côtés et devient mortelle, après avoir laissé de l'espoir pendant quelques jours à cause de la légèreté apparente des symptômes qui l'accompagnaient. En voici un exemple des plus frappants.

Obs. V.—*Polype.* — *Ligature.* — *Accidents.* — *Mort.* — Une blanchisseuse, de quarante-trois ans, éprouvait depuis cinq ans des pertes qui prolongeaient ses règles jusqu'à douze jours et étaient remplacées par un écoulement blanc très abondant. Du reste, elle n'avait ni douleur, ni gêne, même dans la matrice ; mais elle maigrissait et s'affaiblissait tous les jours. Des pertes nouvelles et plus abondantes décidèrent à l'opérer sur-le-champ. On avait reconnu un polype d'une grosseur moyenne. Une ligature fut appliquée et serrée assez fortement. Une douleur vive se déclare presque aussitôt, persiste toute la journée, continue toute la nuit et ne permet pas un instant de sommeil. Le second jour, la douleur est moins violente derrière le pubis, mais le côté gauche du ventre dans la fosse iliaque est très sensible à la pression ; la malade a de la fièvre et des vomissements, que l'on combat par des antispasmodiques : on serre davantage la ligature. Le troisième jour, les vomissements et la fièvre continuent, le ventre est toujours douloureux ; il s'écoule par le vagin une matière roussâtre. Le quatrième jour, la malade se dit moins souffrante ; le pouls est toujours fréquent : on serre de nouveau la ligature. Le cinquième jour, la malade est calme, mais la région iliaque gauche est toujours très douloureuse et le pouls très fréquent : petit-lait, potion calmante. On arrive au huitième jour sans autre accident que cette douleur dans la région iliaque ; le reste du ventre est indolent. Le soir, la ligature, qu'on n'a pas serrée depuis le quatrième jour, se détache d'elle-même. Le neuvième jour, on extrait le polype, et on y parvient avec peine, parce qu'au lieu de forceps qu'on n'avait pas sous la main, on se sert d'érignes et de petites tenettes. Le soulagement apporté par l'extraction du corps étranger, et suivi d'un peu de sommeil, n'est

pas de longue durée. La malade a voulu se lever, mais des douleurs se sont manifestées dans la fosse iliaque droite, sans que celles du côté opposé aient diminué. Trois jours s'écoulent encore dans cet état de douleurs modérées, bornées aux fosses iliaques; mais le quatrième, quatorzième de l'opération et sixième après la chute du polype, tous les symptômes s'exaspèrent, le ventre entier devient dur, tendu, très doulourenx, le pouls roide et d'une grande fréquence, la malade est près de tomber en syncope à chaque instant. Cependant elle n'éprouve ni hoquets, ni envies de vomir : bains entiers, soixante sangsues. Les douleurs continuent, la faiblesse augmente, les syncopes se renouvellent, et la mort arrive le lendemain (1).

Aucun fait n'est plus propre, ce nous semble, que cette observation, à prouver les dangers de la ligature en général, et, en particulier, d'une ligature dont on augmente successivement la constriction sans avoir égard aux accidents qu'elle détermine.

Une des suites fréquentes de la ligature, c'est l'inflammation consécutive des veines du bassin et spécialement de la matrice. Nous n'avons jamais eu l'occasion de constater ce résultat après la section chez les personnes dont les organes étaient libres de toute inflammation chronique.

La chute de la ligature est, d'ordinaire, suivie de la cicatrisation de la plaie, et les écoulements cessent presque aussitôt, s'ils ne sont entretenus par une autre cause. Mais quelquefois aussi les accidents déterminés par la ligature continuent après qu'elle est tombée, et, quoique moins effrayants, suffisent pour amener la mort. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples. M. le professeur Dubois a vu le sang jaillir en abondance après la chute de la ligature, et a perdu de cette manière plusieurs malades.

La ligature, de l'avis de tous et même de ses partisans les plus prononcés, doit toujours être exclue lorsque le polype est formé d'un tissu utérin presque pur, lorsque son pé-

(1) Observation publiée dans le *Journal général de médecine*, t. I.

dicule est excessivement large ; elle est impossible lorsque le polype est adhérent ou très volumineux. Rien, dans ces cas, ne contre-indique l'excision ; bien plus, elle est le seul moyen applicable.

Ces dangers et ces inconvénients réels et bien positifs, attachés à la ligature, étant évités par la section instantanée du pédicule et la soustraction du corps étranger, il reste, pour les balancer, la crainte de l'hémorrhagie que l'on a beaucoup exagérée, afin d'y trouver un argument plus redoutable contre l'excision. Or, une longue expérience et des faits très nombreux prouvent que cette hémorrhagie est infiniment rare. Le nombre d'excisions de polypes que M. Dupuytren a pratiquées depuis vingt ans, s'élève annuellement de 10 à 15. Prenons le chiffre le moins élevé, celui de 10. Multiplié par 20, il donne deux cents excisions de polypes fibro-celluleux. Eh bien, sur un nombre aussi considérable, l'hémorrhagie n'a eu lieu que deux fois, l'une à l'hôpital et l'autre en ville. Chez l'une et l'autre malades, l'accident a été promptement et facilement arrêté par le tamponnement. L'une d'elles, qui portait un polype dans l'épaisseur du col utérin, opérée le 14 mars 1828, mourut, il est vrai, mais vingt-cinq jours après l'opération et par suite d'une péritonite complétement démontrée par l'autopsie.

Nous allons donner avec quelques détails l'observation de l'autre cas d'hémorrhagie, parce qu'elle renferme en outre des particularités importantes.

Obs. VI. — *Polype. — Excision. — Hémorrhagie.* — Madame V..., âgée de quarante-cinq ans, demeurant à Versailles, vint à Paris consulter M. Dupuytren, le 18 septembre 1820. Depuis deux ans, cette malade éprouvait des douleurs assez vives dans les reins, accompagnées de tiraillements dans les aines et d'un sentiment incommode de pesanteur au fondement. Cette femme n'avait jamais eu d'enfant, avait toujours été et était encore bien réglée. Elle consulta M. B..., qui, après l'avoir touchée, lui dit qu'elle était affectée d'une descente de la matrice, ordonna des bains froids et quelques tisanes délayantes.

Cette erreur de diagnostic pouvait facilement être commise, comme on le verra dans la description de l'opération, et surtout de la forme qu'affectait le polype. Disons cependant qu'elle pouvait être évitée si, laissant de côté le corps arrondi qu'on supposait être la matrice descendue, on portait le doigt beaucoup plus haut; alors on pouvait sentir un pédicule mince et surtout assez allongé.

La malade, il y a deux mois, fit un effort qui détermina la sortie d'un corps mollasse, rougeâtre, qui pendait entre les grandes lèvres. Effrayée de ce nouvel accident, elle consulta de nouveau son médecin, qui cette fois et sans autre examen prononça qu'elle avait un polype, et que l'opération seule, en la débarrassant de ce corps étranger, pouvait la mettre à l'abri de tout accident. Il ne lui dissimula cependant pas que cette opération pouvait être dangereuse. La malade, peu encouragée, vint à Paris consulter M. Dupuytren, qui, après l'avoir touchée avec soin, lui dit que son affection consistait en un polype fibreux, dont le pédicule assez étroit était implanté, soit sur le col de l'utérus, soit dans la cavité même de cet organe; que l'opération pouvait être faite en quelques minutes et sans aucun danger, et qu'elle serait guérie en moins de quelques jours. Pleine de confiance et de courage, cette malade se décide de suite à l'opération, qui fut pratiquée le 18 septembre 1820, et de la manière suivante :

La malade fut couchée sur un lit; deux aides écartèrent et maintinrent les cuisses; M. Dupuytren, écartant lui-même les grandes lèvres de la main gauche, saisit avec la droite, armée d'une pince de Museux, la portion de polype qui faisait saillie en dehors; il tira dessus, et alors on vit venir un corps rougeâtre, arrondi; à son milieu se trouvait une ouverture transversale; un des aides crut alors que c'était la matrice qui, fortement attirée par le pédicule, descendait avec lui. Cette observation fit hésiter un instant M. Dupuytren; il dégagea les pinces et retoucha avec soin la malade; le doigt, après avoir parcouru un corps arrondi, arrivait à un corps rétréci; c'était le pédicule; il s'insérait sur une des

lèvres du col de la matrice; une ponction faite dans la tumeur ne fit pas trouver de cavité. Il reprit donc les pinces de Museux, les inséra dans la tumeur, et la fit venir à l'extérieur. Une seconde fut appliquée ; le polype descendit davantage; enfin une troisième l'amena tout-à-fait, et M. Dupuytren, à l'aide de plusieurs coups de ciseaux, le détacha. Il s'écoula environ deux palettes de sang, et la malade fut recouchée. Nous examinâmes avec soin le corps que M. Dupuytren venait d'exciser, il avait le volume d'un gros œuf de poule d'Inde; il était fibreux, son pédicule était dur, d'une couleur jaunâtre et d'un tissu fibreux, l'endroit opposé au pédicule offrait une fente transversale dans laquelle l'extrémité du doigt pouvait s'engager. C'est cette disposition qui nous avait fait croire que ce pouvait être la matrice. Ce corps fibreux ayant été fendu dans toute sa cavité, n'offrit aucune cavité; nous l'avons déposé, ainsi que la plupart de ceux des autres malades, dans le cabinet anatomique de l'Hôtel-Dieu (1).

M. Velpeau, sur huit cas, ne l'a jamais vue. Voilà à quoi se réduisent les dangers si hautement proclamés de l'hémorrhagie. Il n'est pas inutile de remarquer que M. Dupuytren pratique constamment l'excision avec des ciseaux et jamais avec le bistouri. Les premiers, qui coupent en contondant, exposent peut-être moins à l'hémorrhagie que la section franche et unie du second.

Si nous comparons les accidents qui suivent l'excision et la ligature : pour celle-ci, les douleurs, les convulsions, les écoulements fétides, les accidents consécutifs, inflammatoires et de résorption purulente, la lenteur et la difficulté d'action dans l'application du procédé, la nécessité de garder le serre-nœud dans le vagin, etc.; pour l'autre, la simplicité, la promptitude et la facilité de son exécution, l'absence presque toujours complète des symptômes que nous venons d'énumérer, la question entre l'un et l'autre procédé paraît résolue d'une manière non douteuse... L'excision doit donc être

(1 Observation recueillie par M. Marx.

envisagée désormais comme méthode générale, et les autres procédés comme méthodes d'exception. Et, en vérité, n'y aurait-il pas une contradiction flagrante à réserver le bistouri pour l'excision du col utérin pour lequel on proscrit généralement la ligature, et à le rejeter pour les polypes dont le pédicule est formé du même tissu que le col de l'utérus, seulement avec moins d'épaisseur et de vaisseaux?

Nous ne parlons pas ici des diverses modifications que la section exige suivant les cas individuels : il en sera question lorsque nous arriverons au traitement général. Mais nous devons ajouter que le procédé de M. Dupuytren est basé sur deux données importantes : la nature fibreuse de ces polypes et la mobilité de la matrice, la facilité avec laquelle on peut l'abaisser par une traction peu considérable jusqu'au niveau de la vulve.

Malgré les travaux de Levret, la plus grande confusion a régné dans les doctrines professées sur le sujet qui nous occupe, jusqu'à ce que Bichat, cet immortel auteur trop tôt enlevé à la science, soit venu définir la véritable nature de ces tumeurs, étudier leur tissu, leur organisation, leur marche, leurs transformations successives, et enfin distinguer une foule de tumeurs utérines de natures diverses qui, jusque là, avaient été confondues et désignées par des noms plus ou moins inexacts. Depuis, M. Dupuytren est un de ceux qui ont le plus contribué aux progrès de cette branche de la science chirurgicale, soit en répandant un grand nombre de notions nouvelles d'anatomie pathologique, soit en introduisant dans la thérapeutique une méthode de traitement qui ne tardera pas à triompher de la routine et à devenir générale parmi les praticiens.

Aussi, après avoir exposé au commencement de cet article les considérations spéciales que nous fournissaient les deux cas que nous avons décrits, je ne puis m'empêcher d'aborder les généralités de ce sujet de prédilection, et de résumer, dans ces leçons, les principes professés depuis longues années dans mes cours.

Les polypes ou corps fibreux sont des tumeurs de formes

variées, en général plus ou moins arrondies, composées d'un tissu accidentel, très analogue à celui des tendons des muscles ou des ligaments intervertébraux. La forme ronde n'est pas la seule que l'on rencontre; nous avons observé un polype qui par la longueur et les dimensions avait la plus parfaite ressemblance avec un cordon ombilical. Ils se développent dans toutes les régions du corps où l'élément organique fibreux abonde, où il offre une contexture plus ferme, et surtout où il se trouve immédiatement uni au tissu cellulaire. Mais l'utérus est une de celles où l'on en rencontre le plus fréquemment, et ils y occupent des siéges très divers, dont la distinction est d'une haute importante, car elle est pour ainsi dire la base de la curabilité ou de l'incurabilité de ces affections.

Les uns prennent naissance à la surface externe de la matrice, entre le tissu de cet organe et sa tunique péritonéale, par un pédicule quelquefois très grêle; ce pédicule et quelques lames cellulaires paraissent alors le seul moyen d'union de ces corps avec la partie fibreuse de l'utérus. Ils font saillie dans l'abdomen, soulèvent le péritoine, et du plus petit volume arrivent jusqu'à celui de la tête d'un enfant, et acquièrent quelquefois un poids de dix, quinze et vingt livres.

D'autres se forment dans l'épaisseur même des parois de la matrice, à égale distance de la face externe et de la face interne. Mais le tissu propre de cet organe n'est pour rien dans leur composition; ils se développent en écartant les fibres de ce dernier, et ne sont jamais unis avec lui par continuité de substance; ils en sont quelquefois tellement isolés qu'au premier abord on les croirait enkystés; ils ne présentent point de pédicule. Leur accroissement est assez lent, bien qu'en général d'une grosseur moindre que les précédents; ils acquièrent cependant quelquefois le volume de la tête d'un adulte. Tantôt ils se développent uniformément dans tous les sens; tantôt leur accroissement se fait plutôt dans une direction que dans une autre, c'est-à-dire plutôt vers la cavité de la matrice que vers sa surface externe, ou *vice versâ*. Les

tumeurs de cette espèce sont très communes et presque toutes inopérables, car on n'aurait d'autre parti possible à prendre que de fendre la matrice pour les énucléer. Nous avons observé dans le service de M. Louis un polype qui s'était développé entre les parois de l'utérus, l'avait uniformément envahi, de sorte qu'il représentait une véritable boule ; la matrice avait la grosseur de la tête d'un enfant à terme.

Il est de ces tumeurs qui se développent en effet dans l'épaisseur des parois de l'organe, mais dans un lieu plus rapproché de la surface interne ou externe, c'est-à-dire dans le tiers interne ou externe de cette épaisseur. Quelquefois alors elles sont pédiculées, d'autres fois elles ne le sont pas. Dans le second cas, elles rentrent dans la classe des précédentes ; dans le premier, elles se rapprochent de celles dont nous allons parler.

Ces tumeurs sont souvent situées à la surface interne de la matrice, et sont, ou simplement protubérantes dans la cavité utérine, ou tout-à-fait pédiculées, ce qui est le plus ordinaire. Celles-ci constituent les polypes fibro-celluleux par excellence, et sont composées d'une racine, d'un col ou pédicule, et d'une partie renflée qui est le corps principal et qui leur donne assez fréquemment la forme d'un champignon. Dans l'un et l'autre cas, elles sont recouvertes par une membrane fine très adhérente, formée aux dépens de la substance désignée par Bichat sous le nom de membrane muqueuse de la matrice.

Lorsque l'espèce de pavillon, dit M. Dupuytren, qui surmonte le corps du polype, est parfaitement arrondi, vous avez beau chercher le pédicule, vous ne pouvez le trouver, à moins qu'il ne soit très allongé, et que le polype, ayant franchi le col de l'utérus, ne fasse une saillie plus ou moins considérable dans le vagin. J'appelle racine du polype la partie par laquelle il s'insère dans le tissu de la matrice, et par laquelle le corps fibreux reçoit sa principale nourriture au moyen des vaisseaux qui la composent. Elle est formée de vaisseaux nourriciers, de veines, de vaisseaux lymphatiques, de tissu cellulaire et de tissu fibreux. Ce point est fort

important à connaître ; car si les polypes repullulent souvent, lors même qu'on les a coupés le plus près possible de la surface de la matrice, il faut, sans aucun doute, attribuer cette récidive à ce que quelques parties des tissus malades n'ont pas été emportées par la section. C'est aussi ce qui arrive souvent dans les cas d'extirpation de tumeurs érectiles fongueuses.

Vous avez vu que tantôt les tumeurs fibreuses ont un pédicule, tantôt elles n'en ont pas, et que cette différence tient, en général du moins, au siége qu'elles occupent. Ainsi, il n'en existe pas dans les polypes développés dans l'intérieur du tissu de la matrice, dans ceux qui, faisant saillie à l'extérieur ou à l'intérieur, sont encore recouverts d'une couche de ce tissu. On pourrait par conséquent établir une division générale entre les polypes pédiculés et les polypes non pédiculés. Dans le langage convenu, les premiers constituent les *polypes fibreux* et les seconds *les tumeurs fibreuses de l'utérus*.

La longueur des pédicules est très variable ; les uns sont à peine distincts du corps de la tumeur, d'autres présentent jusqu'à deux ou trois pouces de longueur ; du reste, celle-ci est toujours relative à l'étendue, au prolongement de la tumeur même. Plus les polypes s'étendent, plus leurs pédicules s'allongent. Ainsi les plus longs qu'on rencontre sont ceux des polypes qui, ayant parcouru et franchi l'orifice utérin, descendent plus ou moins bas dans le vagin ; mais ils s'amincissent dans la même proportion, et souvent alors, surtout si le corps fibreux est quelque peu volumineux, ils se rompent, et ce dernier se détache spontanément. C'est ce qui est arrivé chez la femme dont nous vous avons parlé précédemment.

Leur grosseur et leur consistance sont par conséquent en raison inverse de leur longueur. Néanmoins la consistance est en général assez grande pour qu'ils cèdent difficilement aux tractions les plus fortes. On les trouve communément formés de tissus fibreux très denses ; mais lorsqu'ils sont moins consistants et fort amincis ou amollis par quelque cause, on pourrait facilement les détacher par une simple torsion. J'ai

préféré employer, même dans ces circonstances, la section, parce que par la torsion on laisse constamment des débris plus ou moins considérables du pédicule, et par conséquent on expose les malades à voir leur affection repulluler.

Ces pédicules sont formés d'artères, de veines, de vaisseaux lymphatiques, de tissu cellulaire et probablement de nerfs. Or, s'il y a des artères, comment la section n'amène-t-elle pas des hémorrhagies? Voilà précisément le motif que l'on alléguait pour préférer la ligature à la section. Il est très vrai que les artères de ces pédicules sont quelquefois très volumineuses: cependant, nous vous l'avons démontré, les hémorrhagies sont extrêmement rares. Nous avons enlevé plusieurs fois de ces tumeurs où les vaisseaux étaient d'un calibre assez grand, et aucune perte de sang n'avait eu lieu. M. Caillard, qui a succombé au choléra, avait préparé la pièce anatomique d'un polype, dans lequel nous avons remarqué une assez grosse artère, et cependant la section n'avait donné lieu à aucune hémorrhagie.

L'existence des vaisseaux lymphatiques ne saurait être contestée; quelquefois ils sont assez développés pour qu'on puisse très bien les distinguer. Quant aux nerfs, s'il en existe, ils doivent être extrêmement petits, d'une sensibilité très obtuse et purement nutritive ou organique; car jamais l'excision de la tumeur ne détermine la moindre douleur, jamais les malades n'ont le sentiment de l'action des pinces de Museux; et si quelquefois elles se plaignent et jettent des cris, c'est que par mégarde on a saisi entre les mors de ces dernières quelques parties de tissu sain, ou parce qu'on aura abaissé trop brusquement la matrice.

L'âge et les forces de la malade sont assurément pour quelque chose dans le développement des polypes et le degré de leur accroissement; mais cet accroissement est bien plus relatif au degré de compression exercée par le corps ou le col de la matrice; et en effet l'expérience a démontré, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que ceux qui parviennent à un plus grand volume sont les polypes implantés à la surface externe de la matrice, dans une région qui n'offre

aucun obstacle à leur développement. Mais ce volume varie extraordinairement. Il résulte de mes recherches, dit M. Dupuytren, que, de la grosseur d'un grain de millet, ils peuvent acquérir celle de la tête d'un adulte, et du poids de quelques grains arriver à celui de douze ou quinze livres. Le plus gros que j'aie rencontré sur le cadavre pesait vingt-cinq livres environ. Tel devait être aussi celui de la femme du concierge du Conservatoire des Arts et Métiers. Lorsqu'elle nous fut présentée, nous crûmes d'abord que nous avions affaire à une hydropisie enkystée ; puis nous tombâmes dans une autre erreur en croyant à une énorme hypertrophie de la matrice. Ce polype occupait toute la cavité de l'organe, qu'il avait extraordinairement agrandie, et celui-ci remplissait exactement toute la cavité du bassin. Bayle, parmi les plus petits qu'il a vus, en a trouvé qui pouvaient égaler une lentille, et M. Gauthier de Claubry père a donné l'histoire d'une masse énorme ayant trente-cinq pouces un quart de circonférence verticale, sur vingt-neuf pouces un quart d'horizontale, et pesant trente-neuf livres.

Tant que les polypes ne sont pas dégénérés, ils ont un aspect blanchâtre, une surface lisse, et ressemblant assez bien à la surface de la matrice dans l'état sain ; ils sont plus ou moins rougeâtres s'ils sont enflammés ; enfin ils prennent une couleur brune, grisâtre ou noirâtre lorsqu'ils dégénèrent par eux-mêmes, ou qu'ils sont frappés de gangrène par l'effet de la ligature ou de toute autre cause.

Quant à leur consistance, quoiqu'elle présente des degrés assez variés, ils sont généralement très durs, d'une grande densité, et ne peuvent point être écrasés comme les polypes celluleux, vésiculeux ou muqueux. Cette dureté égale celle des fibro-cartilages intervertébraux ; aussi jouissent-ils d'une élasticité fort remarquable : en les jetant à terre, on les voit rebondir et s'élever à plusieurs pieds au-dessus du sol. Je me rappelle qu'ayant suspendu à des polypes volumineux un poids de plusieurs centaines de livres, ils n'ont point cédé et ne se sont pas déchirés.

Leur forme présente des diversités assez nombreuses : or-

dinairement globuleux ou ovoïdes, ils sont assez souvent anlugeux, bosselés, quand ils plongent dans le vagin, et pour peu qu'ils soient d'un grand volume, presque toujours divisés en lobes par des scissures extérieures. Nous en avons vu, dit M. Dupuytren, en forme de champignons renversés, d'autres conoïdes, ayant la petite extrémité en bas, etc. Ces particularités ne sont pas sans importance ; il est en effet de la plus grande utilité, pour le diagnostic, de bien apprécier la disposition que présente l'ensemble de la tumeur. En voici une preuve :

Obs. VII. — *Polype utérin pris pour une affection cancéreuse. — Excision. — Guérison.* — La femme d'un homme actuellement maire de Paris consulta un des plus habiles chirurgiens de la capitale. Celui-ci la toucha, trouva une tumeur, remarqua l'odeur fétide, et annonça au mari que sa femme était atteinte d'une maladie cancéreuse, et n'avait pas trois mois à vivre. Cependant la malade fut conduite à M. Dupuytren. J'avais appris par expérience, dit M. Dupuytren, combien le toucher est trompeur et avec quel soin il faut le pratiquer avant de se prononcer sur la nature du mal. Je touchai et trouvai une tumeur assez volumineuse, que je pus circonscrire dans toute sa circonférence avec le doigt. Je portai le doigt plus haut, et je rencontrai un pédicule ; enfin, ayant poussé le doigt plus haut encore, je pus reconnaître son insertion au col de l'utérus. J'annonçai donc au mari que sa femme portait un polype qu'il serait facile d'enlever, et que dans peu de temps elle serait guérie.

Cet homme, tout stupéfait, me demanda, après quelques instants de silence, si j'étais bien certain de ce que je lui disais, et me pria d'examiner sa femme une seconde fois. Je touchai donc de nouveau, et ce nouvel examen me confirma dans mon opinion. Alors il me fit part du jugement qui avait été porté par le chirurgien célèbre dont j'ai parlé. Une autorité aussi imposante me fit craindre, je l'avoue, quelque erreur de ma part ; je me livrai à un troisième examen, avec plus de soins peut-être qu'auparavant ; mais tout me démontra la justesse de mon diagnostic, et je proposai encore l'o-

pération comme un moyen prompt et facile de guérison. Elle fut acceptée avec empressement, et, au bout de douze ou quinze jours, la malade était parfaitement rétablie. C'est donc la connaissance anatomique de la forme et de la consistance de la tumeur qui nous a fait éviter l'erreur.

Portons notre examen plus avant dans la structure anatomique de ces polypes : ils se composent donc d'un corps, d'un pédicule, d'une racine, le tout recouvert d'une membrane d'enveloppe à l'extérieur et formé de tissus fibro-celluleux à l'intérieur : cette membrane d'enveloppe va se confondre et se continuer avec celle qu'à tort ou à raison on a appelée membrane muqueuse de la matrice. C'est elle qui donne aux polypes leur surface lisse et d'un blanc rosé.

Ce qui paraît démontrer sa nature muqueuse et par contre-coup la nature muqueuse de l'enveloppe interne de l'utérus, dont elle n'est que le prolongement, c'est sa susceptibilité à contracter toutes les altérations propres aux membranes de ce nom, telles que affections inflammatoires, catarrhales, ulcéreuses, flux muqueux, séreux, sanguins, sanieux, etc.; elle est susceptible d'une turgescence analogue à celle qui donne lieu à l'écoulement menstruel, et de là naissent ou des suintements ou un véritable écoulement de sang ; elle est susceptible encore d'exulcérations semblables à celles que l'on observe sur la membrane pituitaire dans l'ozène ; et ces exulcérations deviennent la source d'écoulements puriformes, sanguinolents, sanieux.

Reprenons ces détails, dit M. Dupuytren, et tâchons de mieux vous faire comprendre encore nos idées et nos opinions sur ce sujet. Nous avons distingué dans les polypes une enveloppe, une racine, un pédicule et un corps. Il est bien entendu que par ce mot racine, nous n'admettons pas que les polypes s'insèrent dans les parois de la matrice au moyen de prolongements, de ramifications qui pénétreraient plus ou moins profondément, à la manière dont un arbre est implanté dans le sol ; mais nous nommons ainsi, et nous l'avons déjà fait remarquer, l'ensemble des tissus par lesquels ils tiennent à la matrice. Ces tissus sont des artères, des veines, des vais-

seaux lymphatiques, probablement des nerfs, un élément fibreux, un élément celluleux, le tout recouvert par une membrane ou séreuse, ou muqueuse, suivant qu'il s'agit d'un polype de la cavité ou de la surface externe de l'utérus. Les vaisseaux lymphatiques y sont nombreux et souvent très apparents; j'en ai injecté plusieurs fois avec facilité. Ont-ils des fonctions à remplir? leur existence même est une réponse suffisante à cette question. Ils exhalent des mucosités qui lubrifient le polype, d'autres fois il se fait une sécrétion morbide, et les femmes rendent une sérosité inodore. Tous ces éléments divers concourent à la formation de cette partie des polypes que nous appelons le pédicule. Voici comment ils procèdent dans leur développement, et comment se forme le pédicule : ces polypes prennent naissance dans un point très circonscrit de l'utérus, par un travail dont nous ignorons encore le mécanisme, mais qui est probablement dû au sang, et sous une forme à peine apparente; nous en avons trouvé qui égalaient à peine un grain de millet; ils s'accroissent incessamment, s'enveloppent peu à peu de la membrane séreuse ou muqueuse de la matrice, qui s'applique à leur surface, qu'ils poussent, qu'ils chassent au-devant d'eux à mesure qu'ils s'éloignent de leur origine; mais à mesure aussi qu'ils s'éloignent et grossissent, ils s'allongent et laissent entre leur partie la plus développée, la plus forte, et la matrice, une partie plus mince qui constitue le pédicule, et qui diminue de volume et de consistance en raison directe de sa longueur. Le pédicule se forme donc naturellement par le mode d'accroissement du corps fibreux, et ne tient que rarement à des causes mécaniques. On a prétendu qu'il n'existait que dans les polypes qui avaient franchi le col utérin, et que par conséquent il devait être attribué à la compression, à une espèce de strangulation exercée par les parois de cet orifice sur le polype : c'est une opinion erronée, basée sur des faits matériellement faux. En effet, on trouve des pédicules dans les polypes qui sont encore renfermés dans la cavité de la matrice; on en trouve dans ceux qui se développent sur les diverses régions de la surface externe du col; on en trouve

enfin dans ceux qui ont pris naissance à la surface péritonéale du corps de la matrice. Dans ces cas, et dans les deux derniers surtout, quelle cause de constriction propre à produire un tel résultat peut-on imaginer? Il n'en existe pas. Enfin, la membrane d'enveloppe des polypes de la cavité utérine est la même, avons-nous dit, que celle qui revêt cette cavité. Ses caractères anatomiques, ses propriétés physiques et physiologiques que nous avons décrites, sont prouvés jusqu'à l'évidence, et ce n'est que par une conception bizarre qu'on a pu croire qu'elle était formée aux dépens du tissu propre de la matrice : en effet, elle se continue et ne forme qu'un tout avec la membrane interne de l'utérus; elle n'adhère au corps fibreux que par un tissu cellulaire facile à détruire lorsqu'elle n'a pas été frappée d'inflammation ou de dégénération; elle est sujette aux mêmes lésions, et présente souvent des phénomènes physiologiques semblables à ceux des membranes muqueuses. Jugeons, de plus, par comparaison : les corps fibreux de la surface externe ont-ils d'autre enveloppe que la membrane péritonéale de la matrice, et ceux qui naissent dans l'épaisseur de ses parois ne sont-ils pas simplement recouverts d'une couche celluleuse qui les isole du tissu même de l'utérus? Cette opinion est donc aussi insoutenable que la première. Examinons maintenant la substance propre des corps fibreux.

Plus profondément on trouve ce tissu même que j'ai appelé *fibro-celluleux*, dont la tumeur entière, moins son enveloppe, est composée. Ainsi ces tumeurs ont une nature toute différente des polypes dits, *celluleux*, *vasculaires*, *vésiculeux* ou *muqueux*, dont nous parlerons à la fin. Tandis qu'elles sont très communes à la matrice, ceux-ci y sont très rares; mais les exemples en sont fort nombreux, comme on sait, dans les fosses nasales, à la marge de l'anus et sur la membrane muqueuse de quelques autres régions. J'en ai trouvé quelquefois à la matrice, mais seulement sur le col.

Divisés immédiatement après leur excision, les polypes fibreux présentent une couleur d'un blanc nacré. Nous avons dit que leur nature est éminemment fibreuse et tout-à-fait

analogue aux tissus inter-vertébraux. Si l'on fait bouillir long-temps ceux-ci, ils se réduisent en une matière gélatineuse : il en est de même des polypes fibreux.

Ils se composent encore d'un autre élément ; je veux dire de tissu celluleux, mais généralement plus dense, plus consistant que celui qui existe dans les autres régions. Souvent ces deux éléments s'y trouvent réunis par égales parts ; mais plus souvent il y a prédominance de l'un des deux, et c'est à cette prédominance que sont dues la plupart des transformations diverses qu'ils subissent.

Si l'élément fibreux prédomine, le polype ne dégénère pas, ou s'il dégénère à la longue, c'est pour passer, non à l'état cancéreux, mais à l'état osseux.

Si le tissu celluleux est au contraire plus abondant, les polypes dégénèrent en carcinôme. Cette tendance à l'état carcinomateux est constante et inévitable après un temps plus ou moins long : leur substance s'enflamme, se ramollit ; leur surface devient inégale, bosselée, souvent elle s'ulcère. Alors commencent les écoulements sanieux accompagnés d'une extrême fétidité, signe certain du travail désorganisateur. La constitution des malades s'altère ; elles prennent un teint jaunâtre, elles s'*étiolent*, et maigrissent. Les polypes présentent alors leur tissu transformé en matière cérébriforme, dans laquelle on trouve des fongosités, des dépôts purulents, des épanchements de sang, tous les produits, en un mot, d'une dégénérescence carcinomateuse.

L'observation a démontré que les polypes passent très rarement à l'état cartilagineux ou osseux, et presque toujours à l'état carcinomateux. Sur cent cas, dit M. Dupuytren, vous en trouverez à peine trois ou quatre qui subissent l'une des deux premières transformations.

Mais entre les deux tissus élémentaires des polypes que nous venons de désigner, existe une plus ou moins grande quantité de sérosité, à l'état libre ou combiné. Si la sérosité est libre, la dégénérescence cancéreuse est moins à craindre ; elle l'est davantage si le liquide se trouve combiné avec les éléments fibro-celluleux.

Telles sont les terminaisons diverses vers lesquelles les polypes fibreux tendent de leur propre nature, par suite de l'organisation qui leur est particulière. Mais leur dégénérescence est encore souvent l'effet d'une cause tout accidentelle, c'est-à-dire d'une inflammation qui se déclare sur leur enveloppe séreuse ou muqueuse. Dans le premier cas, quelquefois elle s'étend au loin sur le péritoine, donne lieu à une péritonite et à toutes les conséquences de cette grave phlegmasie; d'autres fois elle se circonscrit sur un point de la tumeur et détermine des adhérences entre elle et les parties voisines, ou bien elle gagne en profondeur et amène l'un ou l'autre des divers degrés de dégénérescence dont nous avons parlé. Si l'inflammation frappe l'enveloppe muqueuse, elle suit une marche analogue; il en résulte ou des catarrhes, ou des métrites, ou des ulcérations, des écoulements muqueux, séreux, purulents, sanieux, et dans tous les cas la dégénérescence carcinomateuse. Mais ce qui distingue les effets de ces deux ordres de causes, c'est que la dégénérescence que j'appellerai spontanée, et qui est la suite nécessaire de l'organisation des polypes, procède du centre vers la circonférence; tandis que celle qui est le produit de l'inflammation commence à la périphérie et gagne successivement toute la profondeur de la tumeur. Cette marche ne fait pas plus exception pour les dégénérescences osseuses que pour les autres: il y a cinq ou six ans, M. Loir nous fit voir une tumeur fibreuse qu'il avait recueillie à la Salpêtrière, et dont la surface était passée tout entière à l'état osseux, tandis que l'intérieur conservait encore son état fibreux primitif.

On rencontre quelquefois des cavités dans l'intérieur des tumeurs fibro-celluleuses de l'utérus. Ces cavités sont originelles et organisées, ou consécutives et résultant du ramollissement et de la dégénérescence du polype. Saviard et Boudon ont cité chacun un cas de la première espèce. En 1823, les chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis enlevèrent une tumeur du volume de la tête d'un enfant, qui pendait depuis longues années à la vulve d'une femme, et qui, ayant été ouverte, offrit une cavité dans son centre et presque tous les

autres caractères de l'utérus. On crut si bien avoir fait l'ablation de la matrice, qu'on s'appuya sur ce fait pour démontrer péremptoirement la possibilité de l'amputation de cet organe. Mais la femme mourut, et l'utérus entier fut trouvé dans sa position naturelle: on avait tout simplement détaché un énorme polype. Nous rapporterons plus loin l'observation de la femme Tarcois, dont le polype, excisé par M. Dupuytren, le 13 décembre de la même année, présentait aussi à son centre une cavité assez considérable. La surface interne de ces sortes de cavités est tantôt lisse et polie, tantôt elle offre des faisceaux fibreux saillants comme les colonnes charnues des ventricules du cœur.

Les cavités de la deuxième espèce, provenant du ramollissement, de la dégénérescence du polype, sont remplies de liquide sanieux, sanguinolent. Un chirurgien ayant appliqué sur les côtés d'une tumeur fibreuse d'un grand volume les deux branches d'un forceps afin d'en opérer l'abaissement, la pression exercée par l'instrument ouvrit une cavité qu'elle contenait, et il s'en écoula une certaine quantité de matière noirâtre, filante, qui exhalait une odeur insupportable. Un chat en ayant léché quelques cuillerées qui étaient tombées sur le carreau, mourut le jour même avec des symptômes semblables à ceux d'un choléra-morbus. Le même chirurgien a extirpé deux autres polypes chez deux femmes différentes, dont l'un avait plusieurs cavités remplies de caillots de sang et l'autre trois foyers contenant une matière brune et filante.

Il arrive quelquefois que les tumeurs fibreuses qui se développent, soit dans le vagin, le col de la matrice, ou même dans le tissu propre de cet organe, s'enflamment et suppurent; l'élément celluleux fournit les matériaux qui forment le pus, tandis que la trame ou l'élément fibreux persiste. Il y a huit ans que M. Dupuytren excisa un polype qui offrait cette particularité remarquable; ce corps fibreux ressemblait exactement à une éponge; la disparition et la conversion en pus du tissu celluleux formait des cavités que le tissu fibreux limitait et entre-croisait en tout sens. Depuis

lors, des cas remarquables d'inflammation et de suppuration au milieu des tissus fibreux ont été observés par MM. Dupuytren, Smellie, Bérard, Hervey de Chégoin. Je crois devoir citer une observation de ce genre recueillie dans le service de M. Husson.

Obs. VIII. — *Polype. — Autopsie. — Collection purulente.* — Louise Brandon, âgée de quarante-deux ans, journalière, malade depuis plusieurs années, n'est plus réglée depuis cinq ans, a d'anciennes fleurs blanches, et depuis peu de légères pertes en rouge à des époques assez rapprochées; elle est maigre; sa peau est d'une couleur jaune paille; elle accuse une douleur constante à la région hypogastrique et vomit de temps en temps. Elle a commencé à vomir il y a trois mois.

L'état extérieur, rapproché des symptômes, fit penser qu'elle pourrait bien être affectée d'un cancer de l'utérus; cependant le toucher ne vint que donner peu d'appui à ce doute, car le col de la matrice était lisse, peut-être, un peu effacé, et la pression avec le doigt faisait éprouver de vives douleurs à la malade. L'on sentait bien aussi une tumeur dure derrière les pubis; mais cette région était tellement douloureuse qu'il fallut renoncer à la recherche de son siége. L'état de la malade est grave; le pouls est misérable, un peu fréquent; les extrémités sont froides; la face est pâle, la langue décolorée, douleurs vives dans les lombes, la partie supérieure des cuisses; crampes; sentiment de pesanteur sur le rectum; cours involontaire des urines, écoulement fétide par la vulve, enfin mort quelques jours après son entrée; le traitement avait consisté en calmants, en adoucissants.

N'ayant rien trouvé à noter dans les autres organes, nous ne parlerons que de l'altération trouvée dans l'utérus; celui-ci avait le volume d'une tête de fœtus à terme; sa forme était ovoïde; la grosse extrémité répondait au bas-fond de l'organe et la petite au col; elle était partout régulière, et ne présentait, dans toute sa circonférence, aucune protubérance ou inégalité; son col était légèrement béant, régulier

et uni, sans traces de déchirures ou d'enfoncements indiquant des grossesses antécédentes; on pouvait y faire pénétrer un gros stylet avec quelque difficulté, et dans une direction que nous indiquerons bientôt. En pressant extérieurement l'utérus, on percevait une fluctuation obscure qui se passait dans son intérieur.

Telles étaient les apparences que l'utérus présentait au premier aspect; du reste, les annexes, les rapports n'avaient changé qu'autant que l'avait nécessité l'ampliation de l'organe.

Une incision faite sur la face antérieure de l'utérus, et de haut en bas, a bientôt pénétré dans une cavité qui va devenir l'objet d'une description particulière. Aussitôt l'incision commencée, il s'est écoulé un liquide purulent, légèrement sanguinolent, grisâtre, opaque, très épais et d'une odeur assez forte; sa quantité peut être estimée à dix onces. Après l'écoulement de cette matière purulente, nous avons vu la matrice s'affaisser, mais non complétement; nous avons senti dans l'intérieur de la cavité ouverte un corps dur, inégal, qui d'abord a été le sujet de plusieurs conjectures; était-ce un fœtus altéré, des hydatides, un placenta dégénéré, un polype? Enfin toutes les présomptions n'ont pu être vérifiées qu'après l'ouverture complète de la cavité; alors seulement nous avons remarqué les choses suivantes :

Dans l'épaisseur des parois qui composent la moitié latérale droite de l'utérus se trouvait une cavité accidentelle capable de loger plus que le poing, contenant un polype de nature fibreuse qui s'était développé en cet endroit, et s'était creusé lui-même cette cavité, Ce polype était de forme irrégulière, séparé à sa surface en trois lobes distincts et inégaux par des dépressions peu profondes, présentant quatre pédicules ou plutôt quatre points d'adhérences vers la partie inférieure de la cavité anormale. Ces pédicules étaient assez larges, et formaient des espèces de points dans leurs intervalles; un seul nous a paru faire continuité immédiate avec le tissu utérin, tandis que les autres semblaient être le résultat d'adhérences mobiles établies entre la tumeur et la sur-

face interne de la cavité, par suite du travail inflammatoire non équivoque dont cette masse et les parois de la cavité ont été le siége. En effet, le polype était partout séparé de la surface du kyste, excepté dans les quatre points dont nous avons parlé. La face interne de cette poche était inégale, parcourue par des espèces de colonnes superficielles, recouvertes d'une couche de fausses membranes molles, ou plutôt d'un pus concret et adhérent et d'une couleur brune obscure; les mêmes fausses membranes, mais plus isolées, se rencontraient sur la surface du polype. Cette masse charnue était évidemment de la nature de celles auxquelles M. Dupuytren a donné le nom de corps fibreux de l'utérus; son intérieur présentait des fibres bien dessinées et circonvolutées les unes sur les autres; sa consistance était celle de la chair musculaire, le bistouri la pénétrait facilement; sa couleur était partout d'une rouge assez foncé; sa superficie était plus molle que son centre, et de très petites cavités à une ligne ou une demi-ligne de profondeur contenaient du pus et communiquaient le plus souvent avec l'extérieur de la tumeur. D'après sa couleur et sa consistance, il nous a paru que cette tumeur avait été le siége d'un travail inflammatoire.

Mais qu'était devenue la cavité de la matrice? Cette poche représentait-elle cette cavité, et le polype y était-il contenu? C'est ce que nous avions pensé d'abord; mais ayant bien examiné les choses, nous nous sommes convaincus du contraire. En effet, ayant introduit un stylet dans le col de l'utérus, nous l'avons vu s'insinuer obliquement le long de la paroi latérale gauche de la matrice, et arriver jusque dans son bas-fond sans pénétrer dans la poche accidentelle; alors nous avons mis à découvert, par une incision, la cavité propre de la matrice, et l'avons trouvée: 1° tout-à-fait comprimée et accolée contre la paroi latérale gauche de l'utérus; 2° déformée de manière à imiter un sinus allongé qui s'étendait depuis le fond de la matrice jusqu'à son col, ayant perdu par conséquent sa forme triangulaire, et s'étant allongée de plus de deux pouces; changements qui ont été le résultat mécanique du développement de la tumeur accidentelle;

3° n'ayant plus la direction accoutumée avec le col utérin, sur lequel elle tombait en formant un angle obtus; de telle façon que pour pénétrer dans cette cavité par le col, il fallait pousser le stylet de droite à gauche, et de bas en haut, et non directement, comme dans l'état ordinaire; 4° séparée dans toute sa longueur de la poche accidentelle par une cloison intermédiaire de deux à trois lignes d'épaisseur. La surface de la cavité de la matrice était reconnaissable à son poli et à sa couleur naturelle; on voyait à son bas-fond l'orifice de chaque trompe; la gauche aboutissait directement à la trompe gauche, qui s'insérait à son lieu accoutumé; le droit plus élevé de quatre à cinq lignes, à cause de l'allongement de la matrice, ne pouvant aboutir à la trompe droite que par un trajet très éloigné et très détourné; cette trompe était aussi longue dans sa portion libre que la gauche; nous avons facilement introduit un stylet dans cette portion de la trompe en procédant par l'orifice utérin; 5° enfin nous noterons que les parois de la poche accidentelle étaient d'autant plus minces qu'on s'approchait davantage du bas-fond; qu'en ce point elles avaient à peine une ligne d'épaisseur, tandis qu'inférieurement elles en avaient de trois à quatre. Le col n'avait pas participé à la distension et à l'amincissement, ainsi que la très petite portion de la parois latérale gauche de l'utérus, de sorte que si le polype eut dû se faire jour par un point, il est probable qu'il aurait pénétré dans l'abdomen.

Il y avait encore dans différentes parties des parois de l'utérus d'autres petits corps fibreux du volume d'un pois.

D'après ces faits précieux d'anatomie pathologique, dont la connaissance est due à nos recherches, l'opinion est définitivement fixée sur la nature et la marche de ces affections; et il reste prouvé que toutes ces substances fibreuses, cancéreuses, fongueuses, ou fibro-cartilagineuses, osseuses, pierreuses, etc., que l'on avait considérées comme autant de productions de nature et de cause différentes, ne sont que des degrés divers, des transformations successives d'une même maladie. Mais il en résulte

encore que si ces tumeurs sont enlevées dès l'origine et avant toute dégénérescence, il y a fort peu de chances de récidive; que cette récidive est fort à craindre, au contraire, si on attend plus tard, et que la dégénération cancéreuse soit manifeste. En voici la raison. D'abord, l'existence de cette tunique d'enveloppe dont nous venons de parler est démontrée jusqu'à l'évidence par la dissection. Vous l'avez parfaitement constatée par l'examen des deux polypes que nous avons mis sous vos yeux. Cette enveloppe sert de véritable barrière à l'envahissement des tissus voisins par la maladie. Tant que la tumeur n'est pas dégénérée, la cause qui l'a développée ne peut avoir aucune action sur l'organe où elle siége; mais une fois frappée de dégénérescence, la membrane d'enveloppe est atteinte elle-même, et le mal se communique aux tissus organiques voisins auxquels elle est unie par un tissu cellulaire filamenteux facile à détruire dans l'était sain. Tant que le travail morbide est circonscrit dans la tumeur, on peut l'enlever avec beaucoup de facilité par énucléation. Il faut au contraire une dissection longue, difficile, douloureuse dans le second cas, parce que ce n'est plus à un kyste, c'est-à-dire à une masse morbide, isolée au milieu de tissus sains que l'on a affaire, mais aux tissus de l'organe lui-même. Aussi on ne peut pas toujours extirper jusqu'aux derniers vestiges du mal. On comprend maintenant pourquoi, dans le premiers cas, on a fort peu à craindre une récidive, tandis que dans le second cette récidive est très probable. Mais une troisième conséquence de ces faits, c'est que l'opération, très facile dans la première période, devient souvent impraticable lorsque le mal a dépassé la tunique d'enveloppe, parce qu'elle nécessiterait une perte de substance beaucoup trop étendue. Deux exemples s'offrent actuellement à vous dans nos salles comme preuve de nos assertions. Les malades portaient toutes les deux une tumenr fibreuse de la parotide; mais chez l'une il n'y avait pas encore de dégénérescence cancéreuse; le mal était limité dans l'enveloppe: la tumeur a été extirpée par énucléation; la malade va très bien et sera guérie sous peu de jours. L'autre, qui

était venue nous consulter il y a plus d'un an, était alors dans le même cas que la première ; nous l'avions fortement engagée à se faire opérer, en lui annonçant toutes les suites de son affection. Elle n'a point tenu compte de nos conseils. Une année s'est écoulée et elle revient ; mais la tumeur passé à l'état carcinomateux, le mal a non seulement envahi toute la parotide, mais encore les tissus cellulaire et cutané voisins dans une grande étendue ; et il résulterait de l'opération une plaie si considérable, que nous ne croyons pas pouvoir ni devoir la pratiquer.

La maladie qui nous occupe était considérée autrefois comme très rare. Lorsque Levret commença à s'en occuper, il lui fallut sept ans pour réunir trois cas auxquels il pût appliquer sa méthode. Herbiniaux dit être le second qui en eût rencontré à Bruxelles, et un professeur hollandais, qui n'en avait jamais vu, prétendait que les femmes de son pays en étaient exemptes. Mais depuis il a été reconnu que les polypes fibro-celluleux de l'utérus sont une des affections les plus communes des femmes. Bayle évalue à un cinquième le nombre des femmes âgées de plus de trente-cinq ans, chez qui il a trouvé un ou plusieurs corps fibreux. Portal, en 1770, avait obtenu une proportion bien plus forte : sur vingt matrices qu'il examina, treize lui offrirent des polypes dans leur cavité. Suivant M. Dupuytren, il n'y a presque pas de matrices de vieilles femmes qui ne contiennent quelques tumeurs de ce genre.

Voici d'après de nouvelles recherches faites sur l'invitation de M. Dupuytren, par M. Loir, l'état de l'utérus chez quarante vieilles femmes.

Le corps de l'organe est petit, atrophié, renversé ordinairement à la droite du rectum; quelquefois il retombe en avant. Il est placé au fond de l'excavation pelvienne.

Sur quarante autopsies, on a rencontré quinze fois des corps fibreux.

Ces corps fibreux naissent indifféremment sur les deux faces de l'utérus; en général ils sont multiples. Ils varient pour le volume depuis le diamètre d'un pois jusqu'à celui des

deux poings réunis ; ils affectent toujours la forme sphérique ou ovale ; ils sont d'autant mieux pédiculés qu'ils sont plus volumineux. Suivant le côté de l'utérus qu'ils occupent, ils entraînent cet organe à droite ou à gauche, en avant ou en arrière.

Lorsqu'ils apparaissent à l'extérieur, ils sont enveloppés d'abord par le péritoine, et formés en général par des fibres blanches, nacrées, entrelacées en tout sens. Ils contiennent quelquefois à leur centre une partie dure, pétrée, résistant à l'action de l'instrument tranchant. Ils n'ont pas besoin d'être volumineux pour présenter un noyau osseux à leur centre. Ce point est formé par une matière dure, jaunâtre, qui ne laisse pas apercevoir de traces de fibres.

Quelquefois l'ossification commence par l'extérieur, et va de la circonférence vers le centre. Dans quinze utérus que j'ai observés, cinq présentaient des corps fibreux avec des plaques osseuses à leur surface. Ces plaques osseuses ne sont pas en contact immédiat avec le péritoine ; une couche très mince d'un tissu cellulaire fibreux les en sépare. Tout le centre du corps fibreux est accessible à l'instrument tranchant. Ces plaques sont constituées par une matière jaunâtre, analogue à celle qui forme les ossifications des artères.

On trouve plus fréquemment un point osseux au centre.

Dans les corps tout-à-fait fibreux les vaisseaux sont fort peu développés ; en sorte qu'ils n'ont aucune propension à dégénérer : ils tendent tous vers l'ossification.

Le col de l'utérus est allongé ; il ne donne pas naissance à des corps fibreux par sa surface externe.

Le museau de tanche fait saillie dans le fond du vagin ; ses lèvres sont souvent développées comme nous le verrons tout-à-l'heure.

La cavité de l'utérus se présente chez les vieilles femmes dans deux états :

Tantôt elle contient du sang en petite quantité, et teignant sa surface interne ; tantôt elle est remplie d'une matière albumineuse, transparente comme le blanc d'œuf.

Le col est rétréci à ses deux extrémités, dilaté à sa partie moyenne. Son orifice supérieur est rétréci, de manière que souvent on peut à peine y introduire une épingle ; mais il n'est jamais complétement oblitéré. Son extrémité inférieure ou vaginale est moins rétrécie. Son pourtour, qui comprend les lèvres du museau de tanche, est souvent plus développé que de coutume; mais je n'ai pas remarqué que le développement du museau de tanche coïncidât avec la présence du corps fibreux.

Les corps fibreux peuvent se développer dans l'épaisseur des parois de l'utérus ; ils peuvent faire saillie à la surface interne de l'utérus; ils peuvent se développer dans la cavité du corps de l'utérus ou dans la cavité du col. Cinq fois j'ai rencontré des productions polypeuses dane la cavité de l'utérus, quatre fois dans la cavité du corps de l'utérus, deux fois dans la cavité du col. Le tissu de ces productions est vasculaire et fibreux. L'extrémité du col, dans le cas de ces polypes saillants dans l'utérus, n'a pas paru plus développée que dans l'état naturel. Leur nombre était trois fois d'un, deux fois de deux. Leur volume égalait un petit pois ; un seul avait la grosseur d'une noisette ; il occupait le corps de l'utérus.

Chez les vieilles femmes on rencontre de petits kystes dans les parois de l'utérus.

Une seule fois, sur quarante observations, on a trouvé des polypes dans la cavité de l'utérus, sans trace de corps fibreux.

Nous nous garderons bien de vous exposer, sans profit pour votre instruction, les hypothèses émises sur les causes éloignées et immédiates des polypes utérins : elles ne nous sont pas moins inconnues qu'elles ne l'étaient à nos devanciers. Ceux-là paraissent être nés à la suite d'un accouchement laborieux qui a nécessité des manœuvres prolongées et douloureuses, ou l'emploi du forceps; ceux-ci avoir succédé à une leucorrhée ancienne et abondante, ou à une suppression du flux sanguin périodique, sans qu'on puisse dire si, dans ces deux cas, ils étaient la cause ou l'effet. Cependant il est deux faits relatifs

aux causes prédisposantes sur lesquels l'expérience paraît s'être prononcée d'une manière positive. Il résulte d'un ensemble assez considérable d'observations que nous avons tirées de divers écrits, que l'âge de quarante à cinquante ans est celui qui fournit le plus grand nombre de polypes utérins, et d'un autre côté que l'assertion de Bayle, tant de fois répétée sans examen, sur l'influence du célibat et de la stérilité dans la production des ces maladies, est complétement erronée.

Relativement à l'âge, on ne tient généralement compte dans les histoires de ces affections que de celui où la malade a été soumise à l'observation du praticien. Nous avons cru, nous, devoir chercher à établir deux époques dans la vie de ces malades : celle-là d'abord, et une autre bien plus importante, la seule à notre avis qu'il soit réellement utile de constater; nous voulons parler de l'époque où les premiers symptômes de la maladie se sont manifestés. C'est par là, en effet, qu'on arrivera à connaître quelle est véritablement la période de la vie qui a le plus d'influence sur la production des polypes.

Age des malades lors de l'apparition des premiers symptômes de la maladie :

Sur les 62 faits, il en faut déduire 5 dont l'histoire n'indique point l'âge qu'avaient les malades lorsque l'affection a débuté. Restent 57.

Sur les 57, les premiers symptômes de la maladie se sont manifestés :

Chez	1 malade	de 15 à 20 ans inclusivement.
	10	de 20 à 29
	19	de 30 à 39
	23	de 40 à 49
	3	de 50 à 59
	1	de 60 et au-dessus.
Total égal	57	

Ainsi la période qui en fournit les plus est celle de 40 à 50 ans; vient ensuite celle de 30 à 40. Mais en consultant

l'âge réel de chaque malade, on voit que c'est de 35 à 45 ou 48 que la maladie débute le plus fréquemment, c'est-à-dire à l'époque de la vie où la force de nutrition et de vitalité est le plus développée dans les organes.

Age des malades à l'époque où elles ont été observées et traitées :

De 20 à 29 ans inclusivement.	8 malades.
De 30 à 39	18
De 40 à 49	24
De 50 à 59	6
De 60 et au-dessus	5
Age non indiqué	1
Total égal. . . .	62

Relativement au mariage ou au célibat, nous avons dû considérer comme mariées et classer comme telles toutes les malades, filles ou femmes, qui ont cohabité. Il serait vraiment ridicule de porter au nombre des célibataires des filles qui auraient usé ou abusé du coït, et de venir dire ensuite que le célibat a une grande influence sur le développement des polypes : assurément l'acte municipal n'a que faire dans une telle question.

Sur 62 malades, il en est 4 dont l'état civil ou la conduite n'a pas été notée par les auteurs des observations. Nous n'opérons donc que sur un nombre de 58.

Or, sur ces 58 malades, 54 étaient mariées, ou, étant filles, avaient cohabité ;
4 seulement étaient filles et présumées n'avoir jamais cohabité.

Total égal. . . 58

Voyons maintenant si l'opinion de Bayle à l'égard de la stérilité est mieux fondée que la précédente : nous devons d'abord déduire du total de 62 les 4 filles du tableau précédent, qui sont présumées n'avoir jamais cohabité, et 7 femmes ou filles dont la fécondité ou la stérilité n'a pas été constatée, et établir notre évaluation sur le nombre de 51.

Femmes mariées ayant eu de 1 à 10 enfants. .	39	42
Filles ayant eu des enfants.	3	
Femmes mariées n'ayant point eu d'enfants.. .	8	9
Filles ayant cohabité sans avoir eu d'enfants. .	1	
Total égal		51

Nous ferons remarquer que parmi les femmes qui ont eu des enfants, la grande majorité en a eu plus de 3, beaucoup d'entre elles plus de 5, et plusieurs 7, 8 et 10.

État de la menstruation. Sur les 62 malades :

41 ont été bien réglées jusqu'au début de la maladie ;
5 étaient mal réglées depuis quelques années avant l'apparition des premiers symptômes ;
6 avaient été mal réglées de tout temps ;
1 âgée de 48 ans, quoique bien réglée, avait des pertes blanches très abondantes depuis l'âge de 18 ans, et avait fait néanmoins 6 enfants ;
9 dont l'état de la menstruation n'est pas connu.

Total égal 62

Ces données sur la menstruation sont peu concluantes, et nous n'avons cru devoir les présenter ici que pour rectifier les idées que l'on propage dans l'enseignement et dans les livres. Quelles conséquences en effet peut-on en tirer? Sur les 41 femmes qui ont été bien réglées jusqu'au début de la maladie, nous en trouvons 26 qui étaient arrivées plus ou moins près de l'âge critique, c'est-à-dire à 38, 42, 45 ans et au-dessus. L'une d'elles, réglée à 10 ans 3 mois, le fut parfaitement bien jusqu'à 49 ans, et la maladie se déclara trois ans après ; une autre le fut constamment depuis 14 ans jusqu'à 56, et fut atteinte de l'affection à 65 ans. Ces résultats viennent seulement confirmer ce qui est déjà établi, savoir que la période de la vie où les tumeurs fibro-celluleuses, ainsi que les autres affections de l'utérus, se développent

le plus fréquemment, est celle de 35 ou de 40 à 50 ans. Mais quel que soit l'âge auquel il survient un dérangement dans les fonctions menstruelles, faut-il considérer ce dérangement comme la cause du polype, et la proposition inverse ne se rapproche-t-elle pas davantage de la vérité?

M. Brierre de Boismont, dans un travail sur la menstruation que l'Académie royale de Médecine a jugé digne de récompense, a signalé l'influence des maladies sur la menstruation. Il n'est pas rare, en effet, dans le cours des affections scrofuleuses, cancéreuses, de voir le sang menstruel diminuer, se déranger, et cesser entièrement. Il se passe un fait analogue à celui qu'on observe dans beaucoup d'autres maladies, et en particulier dans la phthisie pulmonaire : la suppression est alors évidemment symptomatique; mais tient-elle à l'afflux du sang vers le point d'irritation, ou bien provient-elle de ce que l'économie s'approprie le fluide menstruel pour réparer les pertes que lui cause la maladie? Les deux questions peuvent également être soutenues.

Toujours est-il que les maladies ont souvent une influence marquée sur la menstruation. Plusieurs fois nous avons vu les règles se déranger, se supprimer dans le cours d'une affection chirurgicale aiguë ou chronique, ou après une grande opération. Nous nous rappelons, entre autres, une femme atteinte d'une carie de l'articulation du pied. L'amputation de la jambe, faite avec succès, fut suivie d'une guérison rapide; trois mois après, les règles n'avaient pas encore reparu.

Lorsqu'on pratique une opération à une époque rapprochée des menstrues, on remarque que celles-ci avancent fréquemment, tandis que, quand elle a été faite à une certaine distance de l'époque, le flux menstruel est retardé. Après une grande opération, comme une amputation de cuisse, les règles, à leur retour, sont quelquefois plus abondantes; le même fait a été observé lorsqu'elles ont manqué pendant quelques époques.

La question de l'influence des règles sur les maladies, et en particulier sur les affections chirurgicales, a été fort peu

étudiée. Les renseignements que nous avons recueillis sont très limités, mais ils nous ont paru fournir quelques aperçus nouveaux sur le choix des moments favorables à l'exécution des grandes opérations.

Lassus, à l'occasion de l'extirpation du sein dans le cancer des mamelles, avait dit : « Quelquefois la cicatrisation est retardée dans les femmes d'un tempérament sanguin, encore assujetties à l'évacuation menstruelle. Pendant cette évacuation, la plaie devient rouge, les chairs prennent une couleur de sang et versent du sang en abondance. Nous avons vu des femmes dont la plaie n'a pu, à cause de cette espèce d'hémorrhagie menstruelle, être cicatrisée qu'au bout d'un an, mais qui enfin ont été parfaitement guéries.

Ces hémorrhagies par les plaies à la suite d'opérations sont de véritables déviations; leur connaissance est importante pour l'homme de l'art; car, au premier abord, il peut les prendre pour des hémorrhagies ordinaires et appliquer en vain toute la série des moyens mis en usage en pareille circonstance.

Ce phénomène fort curieux, et que M. Dupuytren a eu l'occasion d'observer dans un grand nombre de circonstances, puisqu'il l'évalue à plus de cent fois, s'explique difficilement par un état local, tandis qu'on s'en rend beaucoup mieux compte par une disposition hémorrhagique générale. Ces déviations, observées dans toutes les parties du corps, et dont nous avons rapporté dans notre mémoire une foule de cas singuliers, viennent à l'appui de cette opinion, que nous pourrions soutenir par d'autres preuves.

Ces faits méritent donc d'être connus, car s'ils n'ont pas toujours cette gravité, ils pourraient induire en erreur et faire croire à des hémorrhagies traumatiques contre lesquelles on lutterait directement en vain. Le meilleur moyen de prévenir ces accidents est de remettre l'opération à une époque également éloignée de l'apparition et de la fin des règles.

Si l'hémorrhagie paraissait à l'époque du flux, il faudrait solliciter l'organe utérin par l'application de sangsues à la vulve, les bains de siége, les pédiluves, et même par une saignée générale, si la femme était pléthorique; on cherche-

rait en même temps à diminuer l'irritation de la plaie par des moyens convenables (1).

Les inductions qu'on peut tirer des faits qui précèdent relativement à l'âge, au mariage ou au célibat, à la fécondité ou à la stérilité, sont positives et trop sensibles pour être exposées. Nous ne prétendons pas qu'en réunissant d'autres faits pris au hasard, ou qu'en opérant sur un chiffre plus élevé, on obtienne des proportions semblables à celles que présentent nos tableaux; mais nous ne doutons pas que les résultats ne soient toujours les mêmes.

On a placé aussi parmi les causes prédisposantes, le tempérament lymphatique : rien n'est démontré jusqu'ici sur ce sujet, et l'on a besoin également de consulter l'expérience. Quant à la profession, etc., et aux causes immédiates, nous ne trouvons rien de satisfaisant dans les auteurs.

Passons maintenant à d'autres parties non moins importantes de notre sujet, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement, sur lesquels néanmoins la nature et la forme de notre travail ne nous permettent pas d'entrer dans de longs détails. Aucun symptôme précurseur ne fait prévoir la naissance d'un polype; il est même un certain nombre de cas où cette production organique anormale ne peut être reconnue que lorsqu'elle a acquis un volume assez considérable, et d'autres où il est impossible d'en constater positivement l'existence.

Si les polypes sont très petits et en même temps situés à la surface péritonéale de la matrice, ou enfoncés dans ses parois, ne donnant lieu à aucune espèce d'accident, rien ne peut les faire reconnaître pendant la vie; et dans ces cas l'affection rentre complétement dans le domaine de l'anatomie pathologique.

Il n'en est pas ainsi lorsqu'ils sont volumineux ou saillants dans la cavité de la matrice; ils déterminent alors des accidents très prononcés, par lesquels ils révèlent leur développement. Mais ces accidents ou ces signes sont loin

(1) Histoire physiologique et pathologique de la menstruation. *Bulletin de l'Académie royale de médecine*. Septembre 1838.

d'être les mêmes dans tous les cas ; et ce qui établit surtout une grande différence à cet égard, non moins que pour le traitement, ainsi que nous vous le démontrerons bientôt, c'est le siége qu'ils occupent. Nous devons donc en étudier les symptômes et les signes, suivant qu'ils sont implantés à la surface interne de la matrice, dans l'épaisseur de ses parois ou à sa surface péritonéale.

Dans la cavité de la matrice. Lorsque le polype naît et s'accroît dans la cavité de cet organe, les premiers symptômes sont le sentiment d'un poids dans la région abdominale, un tiraillement douloureux dans les aines, la région des reins et la partie interne des cuisses, des coliques plus ou moins fortes qui, lorsqu'elles se font sentir, s'accompagnent d'une tension douloureuse dans la région hypogastrique, et, si la tumeur a déjà pris un certain volume, un sentiment de pesanteur, de pression au fondement.

Obs. IX. — *Tumeur fibreuse assez volumineuse de l'utérus, développée sans douleur.* — Lécrivain, âgée de cinquante-deux ans, bien réglée jusqu'à la quarante-huitième année, mère de plusieurs enfants, et accouchée, dans sa quarante-cinquième et sa quarante-sixième année, de deux enfants mâles qu'elle porta neuf mois, avec tous les autres signes de la grossesse, à ce qu'elle assure, éprouve, dans ces derniers temps, des chagrins domestiques qui la portent à se jeter dans un puits. Par bonheur, dans le cours de sa chute, elle s'accrocha à la corde, et perdant alors l'envie de se détruire, elle se laisse glisser le long de cette corde, en appelant le plus fort qu'elle pouvait pour qu'on la secourût.

Apportée à l'Hôtel-Dieu le lendemain, on ne trouva aucune trace de contusion ou de fracture. La malade se plaint de n'avoir point uriné depuis la veille. On examine la région hypogastrique, et on y trouve une tumeur arrondie, semblable à celle qui accompagne les rétentions d'urine. On sonde la malade : peu d'urine s'écoule ; la tumeur persiste. M. Dupuytren introduit le doigt indicateur dans le vagin, et reconnaît que l'utérus a le volume de deux poings réunis, qu'il est pesant, et qu'en le soulevant, la tumeur de la région hy-

pogastrique s'élève aussi. La lèvre antérieure du col est un peu gonflée ; le doigt pénètre aisément dans la cavité de ce col, et ne reconnaît aucune tumeur polypeuse. Comme d'ailleurs la tuméfaction paraît occuper l'épaisseur des parois utérines, et que son développement n'a été accompagnée d'aucune perte en blanc ou en rouge, symptôme concomitant du développement des polypes utérins, M. Dupuytren pense que l'affection de cette femme est une tumeur fibreuse développée dans l'épaisseur du corps de la matrice, et qu'elle est par conséquent au-dessus des ressources de l'art.

Depuis qu'on a fixé l'attention de cette femme sur son infirmité, qu'elle n'avait pas encore remarquée, elle dit éprouver des douleurs assez fortes et la sensation incommode d'un poids dans le petit bassin (1).

Les femmes qui sont encore réglées, éprouvent souvent des irrégularités dans la menstruation ; les époques des règles sont plus ou moins rapprochées, leur durée est plus longue, ou elles reviennent plusieurs fois par mois et à intervalles inégaux. Souvent aussi elles ont des fleurs blanches très abondantes, et quelquefois, nous venons de le dire, des ménorrhagies. Mais tous ces symptômes n'indiquant qu'un trouble des fonctions utérines, peuvent tenir à toute autre cause qu'à l'existence d'un polype saillant dans la cavité de la matrice. Le médecin est par conséquent réduit, pour l'ordinaire, à des conjectures dans cette première période de la maladie.

Mais arrive l'époque d'une deuxième période beaucoup moins obscure et fournissant déjà quelques signes rationnels d'une grande importance : c'est celle où le polype ayant acquis un volume plus ou moins considérable et distendu par degrés la matrice, se présente à l'orifice interne du col, le presse, cherche à le dilater, l'entr'ouvre, le franchit et vient faire saillie dans le vagin. Il est de la plus haute importance de se rappeler qu'il s'écoule d'ordinaire plusieurs mois et souvent plus d'une année entre la première et la seconde

(1) Observation recueillie par M. Martin Solon.

période ; et que par conséquent, lorsqu'on a des raisons de soupçonner l'existence d'un polype, il ne faut pas perdre de vue la malade, mais avoir soin de l'examiner au moins tous les mois, afin d'être prêt à remédier aux accidents fâcheux qui peuvent se manifester. On a vu souvent des femmes périr, parce qu'on avait négligé ces précautions.

La maladie arrivée à ce point, une série de symptômes plus complets et plus constants se présente : les douleurs des reins et des aines prennent le caractère de tiraillements ; il s'y joint de la pesanteur au fondement et une tendance à la constipation ; la marche est quelquefois gênée ; enfin, la malade accuse une pression, une gêne insolite à la partie supérieure du vagin. C'est alors enfin que commencent à se faire sentir ces mouvements d'expulsion, ces contractions utérines, semblables aux douleurs de l'enfantement, qui se répètent à des intervalles variés, et offrent quelquefois l'inexplicable caractère d'une périodicité très régulière.

Obs. X. — *Polype fibreux de l'utérus. — Mort avant toute opération.* — La nommée Piet (Rosalie), âgée de quarante-quatre ans, journalière de profession, fut conduite à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours d'octobre 1833, et placée dans une salle de médecine, d'où elle fut plus tard transférée dans le service de M. Dupuytren, salle Saint-Jean, nº 20. Cette femme, de constitution grêle, de tempérament lymphatique, nous dit qu'elle avait été mère de quatre enfants dont elle avait accouché heureusement, le dernier il y a huit ans ; elle a été constamment bien réglée jusqu'à l'âge de quarante-trois ans. Il y a deux ans, avant d'avoir éprouvé aucune douleur ni aucune perte, elle s'œdématia des membres inférieurs. Cette douleur se dissipa par le repos et le séjour au lit. Six mois après, elle commença à avoir une perte, tantôt rouge, tantôt blanche, qui a continué jusqu'à présent. Depuis deux mois seulement sont survenues des douleurs dans le bassin. Lorsque la malade fut soumise à notre observation, le membre inférieur du côté gauche était fortement œdématié, douloureux à la pression ; le membre inférieur droit était sain. La malade n'éprouvait aucune dou-

leur en urinant ou en allant à la selle, mais bien un sentiment de pesanteur dans tout le bassin; elle avait une perte abondante dont la couleur passait alternativement du rouge au blanc, sans odeur fétide. Le ventre était tendu, volumineux, dur, et présentait dans l'hypogastre du côté droit une tumeur du volume du poing et un peu mobile dans la cavité du bassin. Le doigt, introduit dans le vagin, sentait à sa partie supérieure une tumeur du volume d'un œuf, dont l'axe arrondi se terminait en haut par un pédicule qui s'enfonçait dans la cavité de l'utérus. Tout autour de ce pédicule, on pouvait passer le doigt; mais celui-ci était pressé par le col de l'utérus, qui embrassait le pédicule de la tumeur. On ne pouvait sentir avec le doigt le point d'implantation du pédicule, il était trop haut placé. La malade avait une petite fièvre dénotée par la chaleur de la peau et la fréquence du pouls; elle présentait du reste l'altération de la face, la coloration de la peau particulière aux personnes atteintes de maladies organiques, ou à celles qui ont supporté des pertes utérines abondantes. On ne pouvait dès lors songer à débarrasser cette malade de son polype; on chercha à dissiper l'engorgement douloureux du membre inférieur gauche par des fomentations émollientes et un régime adoucissant; on n'obtint aucun succès, et au bout de deux jours, après son entrée, la malade fut plus souffrante. L'engorgement de la cuisse ne diminuait pas; la fièvre redoubla; il y eut de la douleur dans le bas-ventre, de la difficulté en urinant et du dévoiement. Des cataplasmes sur l'abdomen, des bains, des boissons adoucissantes, ne purent arrêter ces accidents. Le ventre devint encore plus tendu et plus douloureux, et la malade succomba le 14 octobre, six jours après son entrée. Son autopsie fut faite le lendemain. Le cadavre était amaigri, œdématié dans le membre inférieur gauche; la cuisse surtout était très volumineuse. La partie de l'abdomen ayant été incisée et soulevée, nous trouvâmes le petit bassin rempli de matière purulente dans le milieu de laquelle nageaient des flocons albumineux très abondants; une fausse membrane existait sur tous les organes renfermés dans le petit bassin;

elle était épaisse, albumineuse, peu adhérente aux parties qu'elle recouvrait. L'utérus, déjeté à gauche, avait son volume ordinaire, mais les ligaments ronds étaient beaucoup plus gros qu'on ne les trouve ordinairement, surtout celui du droit. Le bassin était occupé, en outre des organes qu'il doit contenir, par une tumeur du volume du poing, placée à droite de l'utérus, duquel elle prenait naissance. Cette tumeur était dure, un peu bosselée, et nous a paru être formée par un ou plusieurs corps fibreux. Le vagin ayant été incisé par sa face antérieure, nous trouvâmes, saillant à travers l'orifice du col de l'utérus, une tumeur du volume d'un œuf, blanchâtre ou plutôt jaunâtre, piriforme, lisse, parsemée à sa surface de vaisseaux sanguins, capillaires, injectés assez fortement. Le col de l'utérus ayant aussi été incisé, nous constatâmes que cette tumeur était portée par un pédicule du volume du petit doigt qui allait s'implanter dans la cavité utérine. Sur son côté gauche, le col de l'utérus était presque complétement effacé ; c'est à peine s'il restait en arrière un léger cul-de-sac qui indiquait son point d'union avec le vagin. L'utérus avait son volume normal; le polype, de la forme exacte d'une poire dont le pédicule représentait la queue, était recouvert par une membrane lisse qui paraissait se continuer avec celle qui tapisse la cavité utérine. Le polype ayant été conservé dans l'alcool, il ne me fut pas permis de faire aucune recherche sur son organisation, sur son mode d'implantation, sur l'existence des vaisseaux qui pouvaient se trouver dans son pédicule, non plus que sur la nature de la tumeur qui faisait saillie dans la cavité du bassin.

Cette marche des polypes de la cavité utérine n'appartient, comme vous le pensez bien, qu'à ceux qui sont pédiculés; mais lorsqu'ils ne sont pas pédiculés et qu'ils sont seulement saillants dans la cavité de la matrice, les symptômes sont ceux de la première période, c'est-à-dire très incertains. Le toucher n'est presque d'aucune utilité pour apprécier la véritable nature du mal, dont l'existence ne peut être constatée avant la mort.

Quelquefois cependant le col utérin est tellement rigide, le

polype tellement accru dans l'intérieur de la matrice, que, bien qu'il soit pédiculé, il ne peut s'ouvrir un passage à travers l'orifice et que la maladie reste à sa seconde période. Mais les phénomènes qu'elle présente sont alors et bien plus graves et bien plus fâcheux. La matrice se dilate de plus en plus à mesure que le polype grossit, l'hypogastre est soulevé par la tumeur, les douleurs d'expulsion sont violentes et peuvent déterminer une inflammation de l'organe; il y a des pertes abondantes et presque continuelles. De là, faiblesse générale, impossibilité de marcher et de se mouvoir, pâleur toujours croissante, bouffissure prononcée, hydropisie partielle ou générale, pouls petit, faible, précipité, syncopes fréquentes; et si l'on ne peut remédier à ces accidents, la mort arrive dans une anémie et une prostration complètes.

Lorsque le polype est descendu dans le vagin, ou est arrivé à sa *troisième période* de développement, les douleurs hypogastriques cessent ordinairement; mais la tumeur presse davantage sur la vessie, et, suivant sa position, donne de fréquents besoins d'uriner, ou met un obstacle à l'écoulement des urines; elle presse sur le rectum et s'oppose à la défécation; sur le périnée, et la malade peut à peine s'asseoir; sur les parois du vagin, et elle y détermine une irritation chronique, accompagnée de flueurs blanches abondantes ou d'un écoulement sanieux d'une odeur infecte. Il y a en même temps des pertes en rouge très fréquentes ou continues; enfin surviennent tous les symptômes généraux et locaux que nous avons décrits ailleurs, lorsque le polype passe à la dégénérescence cancéreuse.

Les destinées d'une malade portant un polype arrivé à ce terme, s'accomplissent ordinairement en cet état, soit qu'on l'opère, soit qu'elle succombe aux désordres généraux; et il est assez rare que le corps fibreux s'engage dans l'orifice vulvaire et y séjourne, ou le franchisse et vienne se fixer entre les cuisses. Cependant on en a plus d'un exemple, et l'on conçoit que cela doive arriver spécialement chez les femmes qui ont a vulve très large. Du reste, la maladie, à cette *quatrième période*, ne donne lieu à aucun symptôme nouveau digne

d'attention ; mais la position de la malade est des plus pénibles et des plus dégoûtantes. Une chose mérite d'être notée, c'est que la masse tout entière étant exposée à l'action de l'air, et irritée sans cesse par cette cause et par les frottements qu'elle éprouve, passe rapidement, en général, à une dégénérescence fâcheuse. Les malades peuvent ordinairement la repousser dans le vagin, ou, si elle ne dépasse pas entièrement la vulve, elle rentre quelquefois spontanément pour se précipiter de nouveau à la première contraction musculaire de l'abdomen, à la moindre secousse de toux, au moindre faux pas, etc.

D'après la nature des faits que nous venons d'exposer, il est évident que chaque époque de la maladie présente des moyens de *diagnostic* différents et des difficultés de jugement plus ou moins grandes. Lorsque les polypes fibreux sont totalement renfermés dans la matrice dont le col utérin n'est point dilaté, les symptômes rationnels ne laissent que des conjectures, et le toucher et la vue sont insuffisants.

Mais lorsqu'ils se présentent à l'orifice utérin et que le col est plus ou moins dilaté, les moyens de diagnostic sont plus nombreux et plus sûrs : au premier rang sont le *toucher* et l'inspection à l'aide du *spéculum*.

Par le toucher, on sent une tumeur qui se fait jour entre les lèvres de l'orifice, tumeur arrondie, lisse, d'une consistance variable, mais en général très ferme. Il s'agit alors de décider si on a affaire à un polype ou à un engorgement du col, si le polype prend naissance sur le rebord de ce col ou à sa face interne, ou s'il provient de la cavité de la matrice. La première question n'est pas toujours facile à résoudre, surtout lorsque la tumeur est à peine engagée dans l'orifice, ou que celui-ci n'est pas assez dilaté pour permettre la libre introduction du doigt, et l'erreur est imminente ; nous en avons cité une preuve précédemment.

Il faut alors répéter l'exploration autant de fois qu'il est nécessaire, chercher à introduire le doigt dans le col, y pénétrer même avec effort, s'il y a dilatation suffisante. S'il existe un polype, on peut en parcourir la circonfé-

rence, reconnaître son pédicule à la dépression circulaire que l'on rencontre, et souvent arriver même jusqu'à son point d'insertion et désigner la région de la matrice où il prend racine. Dans un engorgement du col, ces caractères n'existent pas : on ne trouve ni dépression, ni pédicule ; le doigt ne peut circuler autour de la tumeur ; il n'en touche que la partie saillante à l'intérieur du col, parce qu'elle se continue uniformément avec ses parois, et l'on ne peut dire s'il existe un simple engorgement ou un polype de la deuxième espèce, c'est-à-dire de ceux qui se développent dans l'épaisseur des parois de l'organe. Les mêmes difficultés se présentent lorsqu'un polype adhère, par suite de l'inflammation de son enveloppe, avec la surface de la matrice ou du col utérin. Dans toutes ces circonstances, on a besoin de beaucoup d'habileté et d'une grande habitude du toucher pour éviter l'erreur. Si le polype est implanté sur le rebord du col, l'orifice est libre, et à côté de lui on sent une des lèvres occupée par une tumeur pédiculée ou non pédiculée.

Les polypes fibreux qui naissent du col de l'utérus déterminent une augmentation considérable du volume de la partie du col qui leur donne naissance. Cette partie semble alors se prolonger et même se confondre avec le polype. Il est quelquefois assez difficile de distinguer le point où commence la substance de l'un et où finit celle de l'autre. Dans ce cas, le col utérin est toujours déformé et dévié.

Lorsque le polype est descendu dans le vagin, s'il est d'un volume médiocre, on le reconnaît assez facilement par le toucher. Ce moyen d'exploration est plus difficile et plus délicat, s'il est volumineux et s'il remplit la cavité vaginale. Il faut circonscrire avec la pulpe du doigt le pédicule de la tumeur ; si l'on sent tout autour une rainure circulaire où le doigt ou bien un instrument puisse pénétrer, et autour de cette rainure le col utérin dilaté et dont les bords sont libres, on peut affirmer que la tumeur vient de l'utérus ; si, au contraire, l'orifice est libre, mais qu'une de ses lèvres soit continue au pédicule, on a affaire à un polype du col.

Quelquefois le polype remplit tellement le vagin, que le

doigt ne peut pas tourner à volonté autour du pédicule ; il faut alors, comme l'a pratiqué M. Dupuytren, dans un cas que nous allons citer, introduire tour à tour les deux doigts indicateurs de chaque côté de la tumeur, afin de pouvoir s'assurer de son origine en arrivant jusqu'au col de l'utérus. Mais il est des polypes qui, figurés en champignons ou de toute autre manière, mettent même l'opérateur dans l'impossibilité de porter le doigt à cette hauteur. On n'a, dans ces circonstances, d'autre parti à prendre que celui conseillé par Levret, de saisir la tumeur avec des pinces, de la faire descendre jusqu'à la vulve, et de procéder ainsi en même temps au diagnostic et à l'opération.

Obs. XI. — *Polype considérable. — Difficulté du toucher. — Incision de la commissure postérieure. — Excision. — Guérison.* — Jeanne Moncouteau, âgée de cinquante ans, veuve, journalière, d'un tempérament bilioso-nerveux, d'une faible constitution, ayant cessé d'être menstruée à quarante-six ans, fut prise d'un écoulement en blanc très abondant, avec de vives coliques, douleurs lombaires et inguinales. Quelques bains tièdes, dont la malade fit alors usage, lui procurèrent un peu de soulagement. Une année après, pertes en rouges, qui se répétèrent deux et trois fois par mois, quelquefois à des distances plus éloignées ; elles étaient accompagnées de faiblesse, d'un état de langueur générale. Elle vint à l'Hôtel-Dieu, dans une salle de médecine, le 18 avril 1818, où le toucher fit reconnaître dans le vagin la présence d'une tumeur volumineuse, lisse, égale à sa surface, remplissant en totalité la cavité du vagin dont elle avait distendu les parois ; on ne pouvait que très difficilement, et en causant de vives douleurs à la malade, arriver jusqu'au col de l'utérus pour s'assurer de l'origine de la tumeur ; avec le même doigt il était impossible d'en parcourir la circonférence. Pour y parvenir, le médecin fut obligé de se placer au côté gauche de la malade, d'insinuer le doigt indicateur de la main du même côté entre la tumeur et le vagin. Arrivé au col de l'utérus, il put explorer tout le côté droit de la circonférence et se convaincre que la tumeur ne s'implantait

point sur cette partie; il en fit de même pour le côté gauche, se plaçant à droite de la malade. Plusieurs praticiens explorèrent de la même manière et eurent tous la même idée de la maladie.

Amenée dans les salles de chirurgie, le 21 avril 1818, elle était dans l'état suivant : face pâle, jaunâtre, triste; yeux ternes; peau sèche et terreuse; parole faible; pouls petit et lent; peu d'appétit; digestions mauvaises et laborieuses; lassitudes et pesanteurs dans les lombes et dans les cuisses; coliques fréquentes; écoulement en blanc par le vagin : on sentait dans cette cavité une tumeur lisse à sa surface, dure, résistante, qui la remplissait complétement, et en avait distendu les parois. M. Dupuytren, malgré sa grande habitude et son habileté, eut la même difficulté à explorer cette tumeur, pour en connaître le point d'insertion, qu'avaient eue les médecins des autres salles; il y parvint par la même conduite qu'ils avaient tenue.

M. Dupuytren procéda à l'opération suivant sa méthode. Mais ayant amené la tumeur à la vulve, et cherchant à lui faire franchir cet orifice, il ne put y parvenir à cause de son étroitesse, la malade n'ayant jamais eu d'enfants. Il fut obligé de pratiquer une incision d'un demi-pouce à la commissure postérieure. Ayant appliqué ensuite une troisième pince de Museux sur la tumeur, il l'attira au-dehors. Avec des ciseaux courbés sur le plat, il la coupa en contondant le pédicule; il n'y eut point d'hémorrhagie.

La première journée qui suivit l'opération, la malade était assez bien; le soir, elle n'éprouvait aucune douleur.

Le deuxième jour, elle se plaignait de quelques douleurs dans l'hypogastre; le sommeil avait été tranquille; le pouls était petit; il y avait eu un léger frisson le matin. On la fit repasser dans la salle de médecine, d'où elle venait; elle y resta quelques jours, et en sortit parfaitement guérie (1).

Dans la quatrième période de la maladie, lorsque le polype se présente à la vulve, ou qu'il l'a même franchie, le

(1) Observation recueillie par M. Marx.

toucher est en général facile et la vue vient à son secours ; cependant il est encore des cas qui offrent de grandes difficultés. La base capitale du diagnostic est toujours l'exploration du col, de son orifice central et du cul-de-sac circulaire qui le sépare du vagin. Or, lors même que le polype est sorti de la vulve, si la matrice n'a pas été entraînée, mais est restée à sa hauteur ordinaire, si le pédicule et très long, et surtout s'il est très gros, on peut assurément reconnaître au premier aspect la nature de la tumeur ; mais souvent il sera impossible de savoir d'où elle est partie, où finit le pédicule, quel est le lieu de son implantation.

Obs. XII. — *Polype en champignon faisant issue hors de la vulve. — Pédicule très long. — Ligature. — Excision. — Guérison.* — M. L. Tellier, fruitière, âgée de cinquante-un ans, mère de deux enfants, dont le plus jeune a dix ans, bien réglée et d'une bonne santé, jusqu'au moment de l'invasion de sa maladie actuelle, commença, il y a neuf ans et demi, à éprouver des dérangements dans la menstruation. L'écoulement sanguin avait lieu, tantôt à quinze jours, tantôt à un mois, tantôt même à deux mois de distance du précédent, et était chaque fois suivi d'un écoulement muqueux qui durait quelques jours.

Au bout de six ans, elle sentit dans le fond du conduit vulvo-utérin une tumeur qui, lorsqu'elle faisait des efforts, s'abaissait et se rapprochait de la vulve. Il s'établit un écoulement continuel d'un liquide roussâtre, fétide ; la santé générale de la malade s'altéra ; elle devint maigre et pâle.

La tumeur, par ses progrès, finit par atteindre le niveau de l'orifice inférieur du vagin, et la compression qu'elle exerçait sur le rectum gênait considérablement la défécation : lorsque la malade voulait satisfaire à ce besoin, il fallait qu'elle la soutînt fortement.

Le 14 mai 1826, dans un de ces efforts, la tumeur sortit tout-à-coup, accompagnée de l'écoulement d'une assez grande quantité de sang et d'une douleur dans la région lombaire. Le 18 mai, elle entra à l'Hôtel-Dieu. Embonpoint médiocre, teint pâle, peau d'une couleur jaune paille, yeux cernés,

pouls faible et un peu fréquent, faiblesse assez grande. La partie supérieure de l'intervalle que laissent entre elles les cuisses était occupée par une masse polypeuse arrondie en forme de champignon renversé, ayant un demi-pied de diamètre et trois pouces d'épaisseur, offrant une surface bosselée. Sa face supérieure offrait une espèce d'ombilic, d'où s'élevait un pédicule d'un pouce de diamètre, apparent au-dehors de deux pouces et occupant toute la longueur du vagin. Le doigt introduit dans ce canal ne pouvait l'explorer qu'avec beaucoup de difficultés, vu le volume de ce pédicule; il s'enfonçait à deux ou trois pouces de profondeur, et rencontrait un cul-de-sac circulaire embrassant la partie la plus reculée de ce pédicule, sans qu'il fût possible de distinguer les lèvres du col de l'utérus.

Le caractère de cette tumeur était évident. Mais où finissait le pédicule du polype? Quel était le lieu de son implantation? Quels changements de rapports avait subis l'utérus? Toutes ces questions importantes ne pouvaient être résolues.

Le lendemain, M. Dupuytren en fit l'ablation à sa manière ordinaire; mais à cause de la disposition des parties, il jugea convenable de porter une anse de fil sur son pédicule, aussi haut que possible; les deux chefs en furent engagés dans l'anneau du serre-nœud de Desault, sans exercer aucune constriction sur le pédicule. Celui-ci fut coupé au niveau de l'orifice inférieur du vagin, avec de gros ciseaux courbes sur leur plat. Un léger écoulement de sang, fourni par deux artérioles, ne tarda pas à s'arrêter. La malade fut reportée à son lit, et surveillée attentivement, afin que, si l'hémorrhagie reparaissait, la ligature fût serrée.

Dans la journée, il ne survint aucun écoulement de sang; mais la malade fut continuellement dans un état voisin de la syncope. (Infusion de fleurs de tilleul et d'oranger.)

L'examen du polype fit reconnaître au centre de la tumeur un tissu fibreux et squirrheux, offrant un faisceau central qui se continuait avec le pédicule; à la circonférence, dans un pouce d'épaisseur, un tissu rouge très vasculaire, où se voyaient beaucoup de veines. Quelques unes avaient le vo-

lume d'une plume de corbeau. La consistance de ce tissu allait en diminuant du centre à la circonférence. Quelques portions extérieures étaient très molles et sur le point de s'ulcérer.

La surface extérieure de la tumeur offrait une membrane mince, floconneuse et formée par du tissu muqueux. Le pédicule avait la même organisation, si ce n'est que le tissu squirrheux y prédominait beaucoup plus. Son centre était traversé par une artériole d'un assez fort calibre, qui, dans son trajet, donnait beaucoup de rameaux latéraux, et finissait par se perdre dans le corps du polype.

Revenons à la malade. Pendant les quinze jours qui suivirent l'opération, elle fut toujours pâle, faible, ayant le pouls petit et fréquent, pas de sommeil, un peu de dévoiement; le pédicule du polype devint le siége d'un gonflement inflammatoire qui doubla son volume; sa surface était le siége d'une suppuration peu abondante, mais dont la continuité incommodait beaucoup la malade, excoriait la partie supérieure des cuisses et le périnée, malgré les lotions fréquentes que l'on pratiquait afin d'empêcher son séjour à la peau.

Le vingt-unième jour, le volume du pédicule commençant à diminuer, on put, sans causer de douleur, établir un bandage compressif qui le disposait peu à peu à remonter dans le vagin. Deux jours après, la malade ayant essayé de repousser un peu fortement le pédicule, il remonta tout-à-coup et se plaça à une hauteur telle qu'on ne le trouvait plus en introduisant l'indicateur dans le vagin. La suppuration diminua progressivement, l'appétit se fit sentir, les forces se rétablirent, et la malade demanda à sortir de l'hôpital le vingt-sixième jour de son entrée, vingt-cinquième de l'opération. Il nous fut impossible d'avoir sur son compte des renseignements depuis cette époque. Ce pédicule aura-t-il été la cause d'une inflammation de la matrice, d'une récidive de la maladie, d'une dégénérescence? c'est ce que nous ignorons (1).

(1) Observation recueillie par M. Marx.

Dans la plupart des circonstances que nous venons d'indiquer, le *speculum* peut être fort utile ; mais lorsqu'on a affaire à des tumeurs très volumineuses, on n'en obtient guère d'autres avantages que de pouvoir constater leur aspect, leur couleur, la présence ou l'absence d'ulcérations, leurs diverses dégénérescences. Dans les polypes très petits, au contraire, quelle qu'en soit la nature, ce moyen décide la question lorsque le toucher ne suffit pas.

Cependant, malgré tous les moyens de diagnostic que l'on possède, les difficultés sont nombreuses et l'erreur très fréquente. L'exemple le plus remarquable de la fragilité humaine que nous connaissions est celui dont nous allons donner l'histoire ; on y voit figurer tour à tour des hommes du premier mérite, avec les opinions les plus contradictoires et les plus erronées. Il est une nouvelle preuve de l'excellence des préceptes donnés par M. Dupuytren pour les cas où un polype très volumineux occupe toute la cavité du vagin.

Obs. XIII. — *Polype. — Erreur de diagnostic. — Développement considérable de ce corps. — Son extraction au-dehors. — Excision. — Guérison.* — Madame L..., âgée de trente-sept ans, d'une constitution lymphatique, détériorée par plusieurs années de souffrances, fut réglée à quatorze ans.

Au bout de ce temps, à la suite d'un effort, un écoulement en blanc, d'abord léger et irrégulier, mais bientôt abondant et continu, parut ; plus tard, il survint des tiraillements dans la région épigastrique, et un sentiment de pesanteur vers le périnée. Plusieurs années de sa vie se passèrent ainsi ; les menstrues devinrent moins abondantes et un peu irrégulières. Mariée à vingt-deux ans, madame L... devint mère un an après ; la grossesse fit un peu diminuer le flux muqueux, qui reparut très abondant après l'accouchement. Elle conserva une assez bonne santé pendant les dix ou douze premières années de son mariage.

Au mois de décembre 1816, elle consulta M. C... ; celui-ci toucha, et crut reconnaître un prolapsus de la matrice ; il prescrivit un pessaire, qui ne put être supporté : on en cessa l'usage au bout de trois jours.

Au mois de février 1817, M. F... fut appelé. La malade éprouvait toujours des tiraillements vers les organes génitaux; les écoulements en blanc étaient très abondants, les règles assez périodiques, mais elles étaient précédées par d'affreux maux de reins. Les menstrues étaient si abondantes, que madame L... les appelait des pertes. Le traitement se composait de demi-bains, d'injections, du repos au lit, moyens qui ne furent suivis d'aucune amélioration.

M. D... ayant été consulté, toucha la malade, dit qu'elle n'avait rien du tout; qu'il était inutile de rester au lit, et qu'elle pouvait marcher.

A M. F... succéda M. Gaultier de Claubry, qui fit prendre des pilules d'assa-fœtida, de ciguë, et prescrivit ensuite un régime adoucissant, sans amener aucune amélioration. Après une année de traitement, M. Gaultier reconnut l'existence d'un polype, proposa la ligature, et demanda M. B... en consultation. Au mois de septembre 1818, ce chirurgien toucha, dit que M. Gaultier s'était trompé, et assura que madame L... était affectée d'un squirrhe ulcéré du corps même de la matrice, et qu'il était impossible de tenter une opération; qu'il fallait mettre en usage un régime tonique, et prolonger ainsi le plus possible l'existence de la malade, dont la perte était certaine et très prochaine, selon lui. M. Varéliaud, son neveu, fut chargé de lui donner des soins. Il partagea d'abord l'opinion de son oncle; mais au mois de février 1820, il reconnut que la maladie n'était autre chose qu'un énorme polype, et proposa d'appeler M. Dupuytren en consultation.

Ce fut donc au mois de mars que M. Dupuytren alla, pour la première fois, chez madame L... Il pratiqua le toucher, constata l'existence d'un énorme polype, indiqua sa nature, dit que son pédicule était assez étroit pour qu'on pût, avec beaucoup de chances de succès, en faire l'ablation; mais qu'il était urgent de pratiquer le plus tôt possible cette opération.

M. B..., appelé de nouveau, pratiqua le toucher, et reconnut cette fois l'existence du polype; mais il fut d'avis qu'il fallait bien se garder d'y toucher.

Cependant l'opération fut acceptée et exécutée, le 3 avril 1820, par M. Dupuytren.

Il était survenu, quelques jours auparavant, une perte considérable qui avait jeté la malade dans une grande faiblesse; elle était d'une pâleur extrême; tout son corps était infiltré; la voix était altérée.

Placée comme pour l'opération de la taille, deux aides maintenaient les genoux de la malade contre leur poitrine d'une main, et écartaient de l'autre les parties génitales.

M. Dupuytren introduisit d'abord une main pour distendre le vagin; une pince de Museux fut implantée dans la tumeur. On tira d'abord un peu dessus pour pouvoir la saisir plus facilement avec une autre pince; on fit des efforts pour l'extraire, mais la tumeur s'arrêta devant le détroit inférieur au moment de franchir le détroit ischiatique; deux autres pinces la saisirent fortement à une assez grande hauteur; on tira vigoureusement dans le sens du détroit inférieur; la tumeur ne cédait guère; deux doigts glissés entre elle et la commissure supérieure arrivèrent au pédicule, et parvinrent à l'amener au-dehors avec le secours des pinces. M. Dupuytren l'abaissant d'une main, fit la section de son pédicule à l'aide de forts ciseaux courbés sur le plat. L'opération se termina sans douleur et sans la moindre perte de sang.

La tumeur était inégale, fibreuse, lisse, non ulcérée, du volume de la tête d'un enfant d'un an, du poids d'une livre. Quelques minutes après l'opération, on s'aperçut que la commissure postérieure était déchirée. Il ne survint aucun accident, et madame L... guérit malgré elle. Nous disons malgré elle, cardepuis l'opération elle fut toujours d'une pusillanimité désespérante, et pensait qu'elle devait mourir. Enfin, au bout de quinze jours, elle était dans un état des plus satisfaisants (1).

Dans l'épaisseur des parois de la matrice. Nous avons dit que les corps fibreux situés à la surface du museau de tanche sont assez faciles à reconnaître, pourvu qu'ils égalent

(1) Observation recueillie par M. Marx.

le volume d'un pois ou d'une noisette, parce qu'ils forment une tumeur dure, rénitente, indolente, et plus ou moins saillante dans le vagin. Mais lorsque ces mêmes tumeurs ont leur siége plus profondément dans le col de la matrice ou dans le tissu propre des parois du corps de cet organe, rien ne décèle leur existence s'ils sont peu volumineux; ils peuvent grossir insensiblement et acquérir le volume d'un œuf ou même du poing sans produire aucun désordre sensible, pourvu qu'ils soient situés de manière à ne pas trop faire agrandir la cavité de la matrice. Bayle pense même que cette dernière circonstance entraîne ordinairement peu de danger après l'âge critique. Il a vu, dit-il, des femmes chez lesquelles des tumeurs fibreuses, plus grosses que les deux poings réunis, développées après l'âge de cinquante ans, n'avaient déterminé aucun accident fâcheux, quoiqu'elles eussent considérablement élargi la cavité de la matrice. Selon lui, les choses ne se passent pas ainsi chez les femmes encore réglées : celles-ci seraient prises de divers accidents plus ou moins graves, tels que les ménorrhagies, un amaigrissement extrême, bouffissure considérable, un état cachectique bien prononcé, toutes choses de peu de valeur, selon nous, pour faire juger la nature du mal.

Lorsqu'on examine avec soin les femmes qui ont un corps fibreux déjà un peu volumineux dans le tissu des parois de la matrice, on découvre communément une tumeur plus ou moins saillante au milieu de l'hypogastre. Fixez-y une main, et introduisez l'indicateur de l'autre main dans le vagin : en repoussant en haut le col de la matrice, le mouvement est senti à l'hypogastre. Imprimez dans cette région des mouvements de gauche à droite, ils sont répétés au museau de tanche. Dans ces sortes de cas, tantôt le col est dans l'état ordinaire, tantôt il est presque effacé ou légèrement déformé; et si la tumeur est très grosse, il est en général très élevé, comme dans une grossesse de six mois. Bayle a vu quelques cas où la tumeur remontait bien au-dessus du nombril, et présentait la même forme que la matrice au huitième mois de la grossesse.

Or, comment distinguer, dans ces circonstances, si l'on a affaire à une tumeur fibreuse ou à une grossesse, à une môle, à un accroissement spontané du volume de la matrice? Le temps et l'examen attentif de la marche de la maladie peuvent dissiper les doutes à l'égard de la grossesse et de la môle; mais rien ne peut différencier le premier cas du dernier, à moins que la tumeur ne vienne saillir plus ou moins dans la cavité ou à la surface péritonéale de la matrice. Du reste, l'incertitude n'entraîne aucuns résultats fâcheux; car la maladie, quelle qu'elle soit, est également intraitable. Nous reviendrons sur ce sujet.

A la surface péritonéale de la matrice. Si les polypes qui se développent à cette région ne sont pas pédiculés, on rentre dans la plupart des difficultés présentées par les cas précédents. S'ils sont pédiculés, mais très petits, rien ne décèle leur existence. S'ils sont pédiculés et plus ou moins volumineux, on les découvre facilement. En palpant le bas-ventre et en introduisant le doigt dans le vagin, on trouve une tumeur plus ou moins arrondie, mobile, non douloureuse par la pression, tantôt enfoncée dans le bassin, tantôt saillante dans le milieu de la région hypogastrique, tantôt située dans l'une ou l'autre des régions iliaques, suivant le lieu de la matrice où elle a pris naissance. Cette différence de siége a des conséquences très importantes sous le rapport du traitement, ainsi que nous le verrons plus loin.

Polypes développés en dehors et autour du col de la matrice. Nous devons nous occuper d'une manière spéciale des polypes développés dans ces régions, parce que, à raison de leurs siéges divers, de la nature et des dispositions anatomiques des parties, ils donnent lieu à des phénomènes remarquables et deviennent le sujet de considérations fort intéressantes. Il y a bien long-temps, dit M. Dupuytren, qu'ayant été consulté par une dame qui se plaignait de malaise général, de douleurs dans l'intérieur du vagin, et surtout de n'avoir pas d'enfants, je l'examinai, et trouvai autour du col utérin une espèce de collier ou de bourrelet renflé, composé de tubercules très rapprochés et saillants;

il me fut facile de reconnaître la nature fibreuse de ces corps. Mais, instruit par l'expérience de la multiplicité presque constante des polypes nés sur ces régions, je cherchai à m'assurer s'il n'en existait pas d'autres ailleurs, et j'en trouvai en effet un situé plus haut sur le corps même de la matrice. Ce qu'il y avait de remarquable dans ce cas, c'est la disposition annulaire des corps fibreux du col, et leur coexistence avec un autre corps fibreux de la matrice.

Il y a plusieurs années, je fus consulté par la femme d'un confrère. Elle avait été examinée par un grand nombre de médecins : les uns croyaient à l'existence d'une affection nerveuse hystérique ; d'autres soupçonnaient une lésion organique. Ce n'est qu'après l'avoir examinée et touchée à différentes reprises, que je découvris une tumeur sur le côté droit du col de la matrice. Je donnai des conseils en conséquence. La malade quitta Paris, et y revint après un temps assez long ; la tumeur était plus volumineuse et bien plus manifeste. Je revis encore cette malade, il y a quinze ou dix-huit mois ; la tumeur était encore augmentée de volume. Il y eut plusieurs consultations de médecins, dont quelques uns proposèrent une opération. Mais un nouvel examen me fit rejeter toute tentative de ce genre. Voici l'exemple d'une autre femme que j'ai été appelé hier (21 mars 1833) à examiner, et qui se trouve dans un cas analogue : elle porte une tumeur fibreuse sur le corps de l'utérus ; mais outre celle-là, il en existe une seconde située dans le tissu cellulaire épais qui unit le rectum aux parois du vagin. Je me suis prononcé formellement contre toute espèce d'opération. Nous en déduirons bientôt les motifs.

Nous pourrions citer un grand nombre d'autres exemples de ce genre. Il en résulte deux faits principaux : la fréquence et la multiplicité presque constante des polypes fibreux de ces régions, et leur incurabilité dans un grand nombre de cas. Comment peut-on expliquer le premier ? C'est que l'élément fibro-celluleux est bien plus abondant et plus ferme autour du col utérin que dans le corps même de l'organe. Voyons les effets qu'ils produisent.

En général, dans ces sortes de polypes, les symptômes sont plus prononcés que dans ceux des trois premières catégories dont nous avons donné la description. Ils présentent des caractères particuliers suivant le lieu qu'ils occupent. Ils déterminent un sentiment de pesanteur au fondement, des douleurs d'abdomen, d'abord assez éloignées, puis revenant plus fréquemment à mesure qu'ils menacent de dégénérer, ou lorsque la femme a souvent des rapports avec un homme; douleurs plus fortes lorsqu'elle marche, se tient debout, lorsque le rectum est plein de matières fécales. Il y a quelques années, appelé par une dame habitant à la barrière du Mont-Parnasse, qui éprouvait des douleurs violentes dans le rectum, j'introduisis le doigt dans ce canal, et trouvai une tumeur conoïde derrière la paroi antérieure. Était-elle adhérente à cette paroi? non, car celle-ci était très mobile et glissait facilement sur la tumeur. Ayant introduit le doigt dans le vagin, je ne trouvai rien d'abord; mais l'ayant poussé plus haut entre le col et le vagin, je rencontrai la tumeur placée derrière la face postérieure du col, entre la paroi du vagin et le rectum. Qu'y avait-il à faire dans un cas de cette nature? Extirper la tumeur par le vagin? Elle était trop haut placée, le doigt pouvait à peine l'atteindre. Tenter l'opération par le rectum? Vous comprenez toutes les conséquences fâcheuses d'une telle entreprise.

Une autre dame avait une tuméfaction sur la face antérieure et latérale du col. Par sa position, elle pressait fortement sur le bas-fond de la vessie; la malade souffrait beaucoup et avait de très fréquents besoins d'uriner. Chez une sixième malade, la tumeur était située dans la paroi du vagin, entre le col utérin, le bas-fond de la vessie et la face postérieure de l'urètre : la malade éprouvait de fréquents besoins d'uriner, et cependant il y avait rétention d'urine, parce que la pression exercée sur le bas-fond de la vessie était contre-balancée par la pression que sa partie inférieure exerçait sur l'urètre. Il y eut une consultation : on fut d'avis de l'extirper et de l'attaquer par le vagin; mais je con-

sidérai cette extirpation comme impossible ; tout ce que je crus convenable de faire, fut de pénétrer dans la tumeur par l'urètre et d'y pratiquer une ponction. Il en sortit une certaine quantité de matière cérébriforme.

Nous avons encore rencontré, dit M. Dupuytren, un cas bien remarquable, c'est une tumeur fibreuse développée entre l'utérus et la paroi antérieure du vagin. Chose singulière, elle occasionnait des pertes en blanc et en rouge, et déterminait de très fortes douleurs. Je fis une incision entre l'urètre et le vagin. Je disséquai minutieusement et avec la plus grande prudence les parties, et sachant par expérience que la dissection intéresse nécessairement les vaisseaux qui sont très nombreux dans ces tissus, éminemment érectiles, et qu'il en résulte des hémorrhagies considérables, j'eus soin d'appliquer des ligatures à mesure que j'en coupais de quelque importance. J'arrivai à la tumeur et je pus l'enlever. Il y a deux ans, j'extirpai chez une jeune boulangère de la rue de la Michodière une autre tumeur également située dans l'épaisseur des parties génitales qui entourent la matrice ; il y eut une hémorrhagie qui fut aussitôt arrêtée. Nous n'en finirions pas si nous voulions citer tous les cas analogues que nous avons observés.

Résumons ces faits. Les tumeurs fibreuses qui se développent autour du col et dans l'épaisseur des tissus environnant la matrice sont rarement isolées et plus souvent multiples ; elles sont très communes, et la raison de leur fréquence est dans la nature des tissus qui leur donnent naissance ; on en rencontre dans toutes les régions du vagin, en avant, en arrière, sur les côtés du col, entre le vagin et le rectum, ou entre le vagin et l'urètre. Elles donnent lieu à des symptômes particuliers qui facilitent le diagnostic à raison des différents siéges qu'elles occupent. Ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'il est possible d'en faire l'extraction, et si on juge qu'elle puisse être pratiquée, on ne doit pas hésiter, car l'art ne possède aucun autre moyen de guérison. Dans le plus grand nombre des cas, l'extirpation est impossible. Comment pourrait-on, en effet, enlever des tumeurs

situées profondément dans le vagin, qui vont faire saillie, soit dans le rectum, soit dans la vessie ou au-dessus des pubis? L'hémorrhagie est effrayante, difficile à arrêter; l'inflammation consécutive imminente, et la péritonite mortelle.

Les développements que nous avons présentés sur les symptômes et la marche de la maladie fournissent de nombreux éléments pour le *pronostic*, et nous dispensent d'entrer ici dans de longs détails sur ce sujet. Nous nous bornerons à quelques propositions générales.

Tant que les polypes fibreux ne donnent pas lieu à des symptômes généraux qui portent atteinte d'une manière notable à la constitution des malades, leur existence est sans danger.

Les désordres généraux résultant de la dégénérescence des polypes ou d'écoulements très abondants sont toujours fâcheux : le danger est imminent et l'opération urgente.

Un polype qui, né dans la cavité de la matrice, l'a considérablement agrandie par son volume, et qui ne peut ensuite franchir le col utérin, donnera lieu à des accidents graves qu'il importe de prévenir ou de faire cesser au plus tôt par des moyens efficaces.

Si l'existence du polype est compliquée d'une affection tuberculeuse ou squirrheuse de la matrice ou de quelque autre organe, d'une phlegmasie aiguë ou chronique de celle-ci ou de ses annexes, ou du péritoine, ou enfin de quelque lésion des viscères des principales cavités, le cas est fâcheux, et l'opération offre peu ou point de chances de succès.

Dans les affections sujettes à récidive, le succès d'une opération étant essentiellement subordonné à l'enlèvement intégral des tissus malades, toutes les circonstances qui ne permettent pas d'atteindre le pédicule du polype jusque dans sa racine sont autant de circonstances défavorables.

Bien que, dans ces sortes d'affections, on ne puisse jamais affirmer qu'il n'y aura pas de récidive, celle-ci est bien moins à craindre et infiniment plus rare, toutes choses égales d'ailleurs, lorsqu'on opère avant toute dégénération carcinomateuse que lorsqu'elle existe, et que la malade est en proie à

la fièvre de résorption depuis un temps plus ou moins long.

La dégénérescence carcinomateuse est, en général, le partage des polypes de la cavité ou du col de l'utérus, surtout lorsqu'ils sont descendus dans le vagin. La dégénérescence fibro-cartilagineuse ou osseuse atteint assez fréquemment ceux qui se développent dans l'épaisseur des parois de l'organe ou à sa surface.

Les polypes volumineux du corps de la matrice sont inopérables par leur position, ainsi que ceux de sa surface péritonéale, à cause des accidents mortels qui en résulteraient.

On ne peut rien préjuger de positif sur la marche et les suites des polypes qui se développent dans l'épaisseur des parois de la matrice ou à sa surface péritonéale : les uns, quoique petits, occasionnent des troubles graves; d'autres acquièrent un développement énorme sans causer aucun accident pendant de longues années. En voici un exemple remarquable que nous choisissons parmi les observations curieuses, rapportées par Bayle dans son Mémoire sur les corps fibreux.

Obs. XIV. — *Polype implanté sur la face postérieure de la matrice. — Volume considérable de ce corps sans causer d'accident pendant de longues années.* — Mademoiselle G..., douée d'une constitution robuste et habituellement d'une bonne santé, commença à éprouver, à l'âge de trente-cinq ans, des douleurs fort légères dans l'abdomen : elles persistèrent pendant plus d'une année. La malade s'aperçut alors qu'elle avait de fréquentes envies d'uriner, et qu'après avoir rendu ses urines, il lui restait au côté droit de l'abdomen une grosseur. Des médecins et des chirurgiens célèbres ayant été consultés, dirent reconnaître une *tumeur squirrheuse* de la matrice ou de l'ovaire droit. Pendant plusieurs années ils lui prescrivirent des fondants sous toutes les formes, à l'intérieur et à l'extérieur. La tumeur continua à grossir, et au bout de deux années de traitement elle cessa d'occasionner des douleurs dans l'hypogastre : elle paraissait alors aussi grosse que les deux poings réunis.

Il fut enfin décidé que le *squirrhe étant parfait*, il fallait

cesser tout traitement pour ne pas le faire *dégénérer en cancer*. Depuis l'âge de trente-sept ans jusqu'à celui de quatre-vingts ans, mademoiselle G... n'eut que très rarement des indispositions et elle ne fut jamais malade. Bayle la vit à cette époque, pour la première fois, à l'occasion d'une légère indigestion. Il reconnut la tumeur sur laquelle la malade lui donna tous les renseignements qu'il pouvait désirer, et lui remit en même temps un mémoire à consulter et des consultations qui dataient de l'époque où la tumeur avait été traitée. Depuis cette époque jusqu'à la mort de cette demoiselle, il la revit à diverses reprises; elle jouissait d'une bonne santé. Enfin elle mourut d'une péritonite aiguë le 12 septembre 1807, étant âgée de quatre-vingt-quatre ans.

A l'ouverture de l'abdomen, Bayle trouva la matrice dans l'état naturel, mais très petite; les ovaires étaient sains; la membrane hymen était dans une parfaite intégrité. La tumeur qui existait depuis cinquante-un ans, et qui depuis l'âge de trente-sept ans n'avait pas occasionné la plus petite incommodité, était plus grosse que la tête d'un enfant nouveau-né; elle était pédiculée, et le pédicule, qui n'était guère plus gros qu'un tuyau de plume à écrire, était implanté à la face postérieure de la matrice, très près de son bord supérieur. La tumeur était très pesante et très dure, composée d'un tissu fibro-cartilagineux; on y voyait, en outre, plus de dix points d'ossification, dont le plus gros égalait à peine le volume d'un pois; les plus petits étaient de la grosseur d'un grain de blé.

Les tumeurs fibreuses de la matrice sont-elles héréditaires? Nous avons vu opérer par M. Dupuytren une jeune fille qui avait un polype fibreux de la matrice; la mère de cette malade avait pour la même maladie subi la même opération trois ans auparavant. Depuis ce temps, M. Dupuytren a encore guéri deux sœurs qui toutes deux avaient un polype fibreux.

Obs. XV. — *Polypes héréditaires. — Excision. — Guérison.* — Madame D..., demeurant rue Montmartre, en face le marché Saint-Joseph, âgée de trente-trois ans, d'une bonne constitution, se maria à l'âge de dix-huit ans, et eut six enfants, le dernier il y a sept ans, et depuis trois fausses couches.

La santé de madame D... avait été parfaite jusqu'à trente ans, mais alors elle commença à éprouver des douleurs dans les reins, des pertes en blanc, de la difficulté à aller à la garderobe; ses incommodités allèrent en augmentant et la forcèrent bientôt à demander des conseils. Un grand nombre de médecins furent appelés; les uns attribuèrent ses indispositions à un abaissement de la matrice, d'autres à un ulcère, etc. Fatigué de toutes ces incertitudes, M. Gardien adressa la malade à M. Dupuytren, qui, après l'avoir touchée, reconnut un polype fibreux pédiculé et inséré au col de la matrice; il proposa l'excision; la malade y consentit, et le 20 octobre 1828 elle fut opérée. Assisté par M. Gardien et moi, M. Dupuytren place madame D... sur le bord de son lit, les cuisses écartées, fléchies et soutenues; à l'aide de plusieurs pinces de Museux, il amena tout-à-fait la tumeur à l'extérieur, de manière à ce que nous pûmes voir le pédicule, et il le coupa à l'aide de ciseaux courbés sur leur plat: il n'y eut ni écoulement de sang, ni accidents nerveux ou inflammatoires, et en quelques jours la malade fut parfaitement rétablie.

Madame R..., sœur de madame D..., d'un tempérament lymphatique, âgée de trente-deux ans, toujours bien réglée, ayant eu deux enfants, le dernier y a quatre ans, éprouva il y a dix-huit mois un sentiment de gêne et de pesanteur dans le vagin; bientôt des pertes en blanc et plus tard en rouge survinrent; ces pertes étaient abondantes, elles se renouvelaient fort souvent, et conduisirent en peu de temps la malade à un état de faiblesse extrême; M. Gardien son accoucheur fut demandé; il la toucha et reconnut l'existence d'un polype. Instruite et encouragée par l'exemple de sa sœur, elle se rendit à la maison de santé de M. Cartier, où M. Dupuytren l'opéra: quand nous la vîmes, elle était dans l'état suivant:

Tumeur dans le vagin, dure dans quelques points et surtout vers son insertion, ramollie et ulcérée à l'endroit qui est vers l'extérieur, et répandant une matière séreuse et fétide. Epuisée par des écoulements en rouge, la malade est pâle,

bouffie, comme transparente, son pouls est petit, faible. Décidée à se faire débarrasser de son mal, elle fut opérée le lendemain de son arrivée, c'est-à-dire le 21 septembre 1829.

Placée sur un lit comme pour l'opération de la taille, M. Dupuytren introduisit l'indicateur de la main gauche dans le vagin, arriva jusqu'à la tumeur, et guida sur lui une pince de Museux qu'il implanta dans le polype. Faisant alors de légères tractions, la pince lâcha parce que cette portion était ramollie, mais il la porta plus haut, attira doucement la tumeur en bas, puis en plaça une seconde, une troisième, amena enfin le pédicule, qu'il coupa à l'aide de ses forts ciseaux courbés sur le plat.

Quelques minutes suffirent pour cette opération. La malade ne perdit pas de sang, aucun accident ne survint; mais la convalescence fut lente, parce que la malade était arrivée au dernier degré d'affaiblissement.

La tumeur est fibreuse, elle a le volume du poing, et, comme le toucher l'avait indiqué, elle est ramollie et dégénérée à sa partie inférieure, dépourvue par conséquent de son enveloppe extérieure, dont l'érosion, en mettant les vaisseaux à découvert, fournissait les écoulements de sang.

J'ai revu la malade depuis; sa guérison ne s'est pas démentie, mais, chose assez curieuse à noter, c'est que depuis son opération elle a eu deux fausses couches, et que chez sa sœur les fausses couches ont précédé la formation ou coïncidé avec le développement du polype. Malgré ces faits, nous ne pourrions tout au plus admettre que la disposition organique qui a amené le développement de ces tumeurs fibreuses chez les ascendantes, en se transmettant par voie héréditaire, a pu y disposer les descendantes; c'est ce que l'on voit dans beaucoup d'autres cas où la disposition peut être héréditaire, mais non la maladie.

Nous avons vu que les polypes, nés dans l'épaisseur des parois de la matrice, peuvent présenter tous les phénomènes d'une grossesse, d'une môle, d'un accroissement spontané de cet organe; que ceux qui se développent à sa surface péritonéale peuvent être confondus avec des tumeurs chroni-

ques des ovaires ou d'autres lésions organiques, et qu'il est fort peu de cas où l'on puisse constater, pendant la vie, l'existence des uns ou des autres d'une manière positive. On les a souvent pris pour des cancers, et cette erreur a porté tels praticiens à faire l'amputation du col à une époque où il n'existait point encore de dégénérescence carcinomateuse, où la maladie réclamait d'autres moyens de traitement. Il est enfin une foule d'affections avec lesquelles les polypes fibreux du col et de la cavité de la matrice ont plus ou moins d'analogie. Nous ne parlerons ici que des principales, la chute et le renversement de l'utérus, la chute et le renversement du vagin, les hernies vaginales.

Le développement d'un polype dans l'intérieur de la matrice détermine assez souvent des phénomènes analogues à ceux d'une grossesse commençante, tels que tuméfection ou tension légère de l'hypogastre, pesanteur dans le bas-ventre, indispositions diverses, malaise général, sensibilité et augmentation du volume des seins, etc.

Nous avons vu plusieurs femmes affectées de polypes, dit M. Dupuytren, se croire enceintes de cinq, six, huit ou dix mois, d'autres d'un ou deux ans, et des médecins attribuer les phénomènes qu'elles présentaient à une grossesse extra-utérine. Lorsqu'ils ont acquis un certain développement, il est rare qu'on ne puisse les reconnaître.

En général, le flux menstruel est supprimé dans la grossesse; non seulement il continue, mais encore il devient plus abondant et se répète souvent plusieurs fois par mois, dans les cas de polype. La matrice est globuleuse, d'une dureté très grande, tantôt égale, tantôt inégale; il n'existe pas de ballottement.

Mais s'il y avait doute ou erreur dans le principe, ils ne pourraient être de longue durée, et le volume du ventre, comparé à l'état général, viendra bientôt les dissiper. Ainsi, ce n'est que dans des cas infiniment rares qu'un polype, enfermé dans la cavité de l'utérus, peut acquérir un volume assez considérable, et par suite distendre assez la matrice pour donner au ventre une grosseur et prendre elle-même

au-dessus des pubis une position qui représente une grossesse de quatre à cinq mois, par exemple, sans qu'il en résulte des accidents locaux et généraux propres à décider la question : ces accidents, nous les avons énumérés ailleurs. Souvent encore il se manifestera des symptômes particuliers, qui permettront de constater d'une manière positive la présence de la tumeur anormale dans la cavité utérine, symptômes précieux dont la connaissance est due à M. Dupuytren.

Certains polypes, dit M. Dupuytren, qui acquièrent dans la cavité même de l'utérus un très grand volume, occasionnent à l'approche des règles, et pendant tout le temps qu'elles durent, des douleurs et des efforts d'expulsion tout-à-fait semblables à ceux de l'accouchement. Il en résulte un amollissement du col, et, pendant que les douleurs expultrices se font sentir, la saillie de la tumeur qui s'ouvre un passage à travers son orifice. Dans ces conjonctures, touchez la malade hors le temps de l'évacuation menstruelle, vous ne trouvez qu'un accroissement du volume de l'utérus, dont le col est fermé. Mais touchez-la pendant cette époque, et surtout pendant une douleur, vous rencontrerez le polype engagé dans le col utérin. Vous croirez donc avoir affaire à un polype parvenu à la seconde période : c'est une erreur. Attendez que l'évacuation sanguine et les douleurs aient cessé, examinez de nouveau, et vous ne trouvez plus ni polype ni dilatation; le col est de nouveau fermé. C'est que le polype est remonté dans la cavité de l'utérus. Nous n'avons vu que dans un seul cas les efforts d'expulsion réussir à chasser de la matrice un polype volumineux, dont nous avons aussitôt débarrassé la malade par une opération convenable.

Dans le renversement de l'utérus, celui-ci se présente sous la forme d'une tumeur pyriforme, rougeâtre, compliquée d'écoulements séro-purulents et même de pertes de sang, comme un polype; la malade se plaint et du même sentiment de pesanteur et des mêmes tiraillements douloureux dans la région des aines et des reins; elle éprouve la même difficulté à marcher, à se tenir debout, à rendre ses excréments et ses urines. Mais le polype est indolent, à moins que sa mem-

brane d'enveloppe ne soit frappée d'inflammation, tandis que la matrice jouit d'une certaine sensibilité. La matrice renversée est molle, dépressible ; le polype est dur, rénitent. Le polype s'est développé lentement et avec l'appareil de symptômes que nous avons décrits ; le renversement, au contraire, s'est opéré brusquement et sous l'influence de causes fort étrangères à la production des polypes.

Le renversement est complet ou incomplet. Dans le renversement incomplet, l'utérus représente une tumeur convexe, élastique, et conserve toujours cette forme et ce caractère ; un polype utérin n'est point ainsi conformé ; son pédicule, que l'on suit jusqu'au col de l'utérus, qui traverse cet orifice ou qui est implanté sur lui, ne laisse aucun doute sur la nature de la tumeur ; dans le cas de renversement incomplet, le doigt ne peut pénétrer entre la tumeur et le col utérin qu'à quelques lignes de profondeur ; le contraire a lieu dans le cas de polype, si toutefois il existe une dilatation suffisante du col pour mettre le doigt. Les auteurs ont encore cité une foule d'autres symptômes différentiels, qui tous, pris isolément, sont tout-à-fait insuffisants. Il faut reconnaître que ce cas est le plus embarrassant pour le chirurgien, celui où l'erreur est le plus difficile à éviter. M. Malgaigne, dans l'excellent mémoire que nous avons déjà cité, propose le moyen de diagnostic que voici :

Dans le renversement incomplet, dit-il, l'utérus fait une poche à ouverture supérieure, dans laquelle, tantôt les intestins, tantôt la vessie, souvent tous ces organes à la fois se précipitent. Or, que l'on porte une sonde d'homme recourbée dans la vessie de la malade, qu'on en dirige ensuite le bec en arrière, sa concavité étant tournée en bas, et qu'on arrive ainsi à appuyer ce bec bien arrondi sur le fond de la poche utérine, le doigt, porté d'autre part dans le vagin, devra sentir la saillie de l'instrument avec autant de facilité qu'on peut la sentir à l'hypogastre dans le cathétérisme ordinaire. C'est à l'expérience à prononcer sur ce nouveau moyen.

Si le renversement est complet, la matrice est retournée tout entière comme un doigt de gant ; la tumeur est pyri-

forme et proémine tout-à-fait hors de la vulve ; la partie vaginale du col utérin, seule soustraite au renversement, fait bourrelet autour du pédicule ; au-dessus, le vagin, renversé lui-même, fait un second pédicule, mais creux et inséré à la face interne des grandes lèvres ; la cavité vaginale n'existe plus : le diagnostic est par conséquent facile à établir. D'ailleurs, nous l'avons dit, le polype est insensible, et la matrice a de la sensibilité. Le polype a crû lentement, et le renversement complet de l'utérus n'a jamais lieu que d'une manière brusque, le plus souvent après un accouchement.

La descente incomplète de l'utérus sans renversement se distingue facilement, dans la généralité des cas, d'un polype descendu dans le vagin ; le cul-de-sac circulaire formé par celui-ci, l'orifice que l'on trouve au centre de la tumeur, représentant un cône dont la base est en haut et le sommet en bas, orifice par lequel on peut introduire un stylet ou une sonde, suffisent pour faire reconnaître que cette prétendue tumeur n'est autre chose que la matrice déplacée. On ne se laissera pas tromper par des crevasses, des inégalités ou des ulcérations survenues à la partie inférieure du polype, comme cela est arrivé plusieurs fois, si on se rappelle que la tumeur formée par la chute du viscère est plus étroite en bas qu'en haut, qu'elle entraîne le vagin après elle, de manière que les parois de ce canal, retournées sur elles-mêmes comme dans le cas de renversement complet, ne laissent pas de cavité dans laquelle on puisse promener le doigt autour de la tumeur. Quelquefois, si le col utérin est affecté d'une dégénérescence cancéreuse, on éprouve quelques difficultés, que l'on pourra aplanir par l'inspection au moyen du spéculum.

Les polypes fibreux simulent tellement l'utérus par leur couleur, leur aspect extérieur, leur volume et leur forme, que plusieurs chirurgiens ont cru avoir extirpé un utérus cancéreux, tandis qu'ils n'avaient enlevé que des polypes dégénérés provenant de sa cavité. Les auteurs rapportent plusieurs exemples de ces sortes de méprises. Un polype fibreux non dégénéré offre aussi quelquefois, par sa couleur et sa forme, assez de ressemblance à une matrice saine pour

faire naître des doutes ; c'est ce qui est arrivé à M. Dupuytren lui-même en procédant à l'extirpation d'un polype volumineux, implanté au col de l'utérus chez une femme âgée de quarante-deux ans; et l'ayant amené à la vulve, il vit une tumeur lisse, blanche, fibreuse, convexe et tellement analogue à l'utérus, qu'il crut, avant d'exercer d'autres tractions pour lui faire franchir cet orifice, devoir s'assurer s'il n'avait pas affaire à l'utérus lui-même. Pour cela, il pratiqua sur la partie la plus saillante une incision profonde : cette incision n'ayant fait pénétrer le bistouri dans aucune cavité, il acheva l'extirpation (1).

Dans la descente complète de l'utérus, c'est-à-dire lorsqu'il est tout entier hors de la vulve, le vagin lui-même étant aussi renversé en entier, et servant d'enveloppe externe à la tumeur, il n'y a plus de cavité vaginale ; cette tumeur, comme dans le cas de renversement intégral de l'utérus, semble naître de la partie interne des grandes lèvres. On ne saurait donc se méprendre, surtout si on se rappelle qu'elle doit présenter à son centre un orifice que l'on ne rencontre point sur un polype.

Les polypes de l'utérus sont souvent confondus avec le cancer du col de cet organe. M. Dupuytren a guéri en quelques jours, par l'excision, des malades qui avaient été jugées, par plusieurs chirurgiens les plus célèbres de la capitale, atteintes d'une affection squirrheuse tout-à-fait incurable. Nous en avons cité plusieurs exemples fort remarquables. L'erreur n'est pas toujours aussi facile à éviter qu'on l'a prétendu : il est en effet des cancers qui sont pédiculés et des polypes qui n'ont pas de pédicule, ou des cancers d'un volume considérable et composés de plusieurs lobes. Comment, dans ces circonstances, distinguer la nature de la tumeur que l'on a à traiter ? D'abord la tumeur formée par un cancer du museau de tanche est continue au col de la matrice ; celui-ci, au contraire, forme un bourrelet autour de la tumeur lorsqu'elle est un véritable polype. Une tumeur

(1) M. Marx, Thèse sur les corps fibreux de la matrice, in-4, 1829.

squirrheuse est irrégulière, bosselée, très dure; un polype fibreux non dégénéré est également d'une grande dureté, mais d'une dureté très élastique, et il présente une surface unie, une forme régulière, ovoïde. Dans le squirrhe, on observe des douleurs lancinantes, profondes; elles n'existent pas dans les cas de polypes. Dans le squirrhe, la pression exercée avec les doigts est très douloureuse; le polype peut être comprimé, gratté, pincé, etc., sans donner la moindre douleur.

La vessie, les intestins, l'épiploon déplacé, forment quelquefois dans le vagin une tumeur que l'on pourrait prendre pour un polype. Cependant un examen attentif préservera de cette erreur. Lorsque la vessie fait une saillie contre nature dans le vagin, ce n'est jamais qu'à la partie antérieure de ce conduit. Cette saillie a une base large; elle diminue, disparaît même lorsque la malade vient d'uriner, et augmente de volume lorsqu'elle n'a pas exercé cette fonction depuis longtemps. On ne peut d'ailleurs la comprimer sans réveiller l'irritabilité de la vessie et provoquer l'expulsion des urines: un polype du vagin ne présente aucun de ces caractères. Une tumeur formée dans ce canal par l'intestin ou l'épiploon déplacé en occupe constamment les parois supérieures ou latérales; elle augmente lorsque la malade se tient debout, tousse, crie, ou retient son haleine: aucun de ces symptômes n'appartient aux polypes de l'utérus ou du vagin.

Le renversement du vagin ne peut être pris pour un polype que par des personnes qui n'auraient aucune notion sur la disposition des parties. En effet, le renversement du vagin forme un bourrelet circulaire qui se montre entre les lèvres du pudendum, et quelquefois au-dehors. Le doigt porté au milieu de ce bourrelet pénètre dans le reste du canal au fond duquel on trouve le col de la matrice. Ce viscère, entraîné par le vagin, est plus bas qu'il ne doit être. Dans le cas de polypes, au contraire, il garde sa position ordinaire; la tumeur est isolée des parois du canal vaginal, circonscrite, embrassée par le col, si elle vient de l'intérieur de la matrice, ou implantée à côté de l'orifice utérin, si elle prend naissance à l'extérieur.

Il nous reste, pour terminer cette leçon, à voir exposer les principes généraux sur le *traitement*, c'est-à-dire sur les moyens thérapeutiques que réclament les symptômes locaux et généraux; sur les soins à donner aux malades, suivant les cas, pour les préparer à l'opération; sur les procédés opératoires et les circonstances diverses qu'on rencontre dans leur application, et enfin sur la surveillance qui doit entourer la malade après l'opération, les précautions à prendre pour prévenir les accidents consécutifs ou les moyens de les combattre lorsqu'ils se déclarent.

Nous avons fait remarquer, dit M. Dupuytren, dans le cours de nos leçons que les polypes du corps et de la surface péritonéale de la matrice pouvaient parvenir à un grand développement sans causer, pendant de longues années, un trouble très sensible dans l'économie, et plusieurs exemples l'ont démontré. Les polypes intra-utérins arrivent aussi chez beaucoup de femmes à leur deuxième et même troisième période, sans déceler leur existence par quelques symptômes bien tranchés. Dans ces cas, non seulement la maladie reste inconnue, mais encore, serait-il possible de la constater, toute intervention médicale est sans effet. Très fréquemment des polypes cachés dans la cavité utérine, inaccessibles à nos sens et aux instruments, donnent lieu à des symptômes graves, dont on ne peut point encore apprécier la véritable cause, tels que des pertes de sang formidables, des leucorrhées extrêmement abondantes, des douleurs violentes dans le bas-ventre, dans les reins, etc. : c'est alors le cas de faire la médecine des symptômes, qui, pour être simplement palliative, n'en est pas moins de première nécessité; car souvent la vie des malades se trouve immédiatement en danger. Les indications à remplir, dans ces circonstances, sont d'entretenir avec soin la liberté du ventre, et, suivant la nature du symptôme prédominant, de pratiquer des saignées plus ou moins fréquentes, d'appliquer des sangsues, de prescrire des bains entiers, des injections émollientes, narcotiques ou astringentes, par le vagin ou par le rectum, des topiques de même espèce sur le bas-ventre, des calmants ou des toniques à l'intérieur, des révulsifs.

Tels sont encore les moyens que l'on devra mettre en usage avant de procéder à l'enlèvement d'un polype dont l'existence est constatée, si la malade est en proie à une réaction générale fâcheuse. On ne doit jamais négliger d'examiner si elle se trouve dans des conditions favorables tant au moral qu'au physique. Le repos, le régime, les calmants à l'intérieur et en injections, quelques toniques légers si la constitution a été fortement ébranlée, etc., la prépareront convenablement à supporter, non pas les douleurs de l'opération, qui sont très faibles, mais ses effets et les impressions qu'elle produit toujours sur l'esprit des malades. On l'y disposera moralement en dissipant ses craintes, en ranimant ses espérances et son courage; cependant il ne serait pas prudent de la forcer pour ainsi dire à l'accepter, ce qui du reste ne peut arriver que dans les hôpitaux; il vaudrait mieux attendre que la raison et l'instinct de la conservation lui eussent inspiré une résolution conforme à ses plus chers intérêts.

Mais n'y a-t-il donc d'autres moyens de guérir ces maladies qu'une opération quelconque? Nous le croyons, et l'expérience l'a trop bien prouvé. Que n'a-t-on pas imaginé pour obtenir la résolution de ces tumeurs développées dans les régions extérieures! Tout a été sans succès, et l'on ne doit pas en espérer davantage dans le traitement de celles de l'utérus. Il est néanmoins des cas où les polypes ne pouvant être extirpés, parce qu'ils sont inaccessibles par leur position, ou parce que leur extirpation entraînerait nécessairement des accidents mortels, il faut soumettre les malades à un traitement quelconque, afin de soutenir leur moral et de ne pas les laisser soupçonner la position incurable dans laquelle elles se trouvent. Mais ici il y a un écueil à éviter : c'est de prendre garde de hâter la marche de la maladie par l'emploi des échauffants et des excitants ou des narcotiques. Les fondants, les résolutifs, dont on fait souvent un usage si immodéré, appartiennent en général à cette classe de médicaments. Cette dame dont je vous ai déjà parlé, et qui m'a été adressée par M. Gellibert, notre confrère à Lyon, m'a assuré que ses douleurs ont beaucoup augmenté, que sa constitution s'est con-

sidérablement détériorée depuis qu'elle a fait un usage assez prolongé d'iode à l'intérieur et à l'extérieur.

Il faut donc, toutes les fois que les polypes sont incurables, se borner au traitement des symptômes. Souvent, lorsqu'ils ont acquis un certain volume, ils restent stationnaires, indolents, et ne produisent plus que des effets *mécaniques.* J'insiste sur cette expression, parce qu'elle rend fidèlement l'action de ces corps sur les organes. Ces effets, nous les avons déjà décrits : les polypes pèsent par leur masse sur le rectum, dans le vagin, refoulent la vessie, l'urètre, ou, dépassant les pubis, entraînent les parois du ventre en avant. De là des douleurs au fondement et des difficultés d'aller à la selle ; on y remédie par des douches ascendantes, émollientes et narcotiques dans le rectum ; une pesanteur très incommode dans le vagin, qui nécessite quelquefois le port d'un pessaire ; des rétentions d'urine, pour lesquelles il faut pratiquer le cathétérisme ; enfin on soutient le ventre, dans le dernier cas, par un bandage ventral.

Lorsque l'existence du polype est reconnue, et qu'il n'y a pas d'autre indication à remplir que de l'enlever ou de le détruire, la détermination ou la conduite du chirurgien et la possibilité de remplir cette indication dépendront d'une foule de circonstances relatives, 1° au siége qu'occupe la tumeur, 2° à l'espèce à laquelle elle appartient (pédiculée ou non pédiculée), 3° à la période à laquelle elle est arrivée. Nous nous occuperons donc de l'opération sous ces trois rapports, après que nous vous aurons rappelé en peu de mots les différents procédés opératoires dont on a fait usage ; ces procédés sont la cautérisation, la torsion, le broiement, l'arrachement, la ligature et l'excision.

1° *Cautérisation.* On l'a attribuée à Celse. Elle était pratiquée soit avec des caustiques, soit avec le cautère actuel, mais elle ne saurait convenir ni aux polypes fibreux développés dans l'épaisseur des parois de la matrice, ni à ceux qui, nés dans sa cavité ou à sa surface péritonéale, ont acquis un certain volume, qu'ils soient ou non pédiculés. Croirait-on, en effet, pouvoir porter sur des tumeurs de cette nature, et

à la profondeur voulue, le fer incandescent ou des caustiques actifs sans qu'il en résultât de graves accidents? Si l'on pratique des cautérisations légères, il faudra les renouveler souvent et pendant fort long-temps; or, l'expérience a démontré que l'action répétée d'un tel agent provoque et détermine la dégénérescence carcinomateuse de la tumeur. Si on fait des cautérisations profondes, il peut s'ensuivre une inflammation intense qui s'étendra aux parties environnantes, et de là des métrites ou des métro-péritonites, souvent mortelles. Si, après avoir détruit la tumeur, on laisse quelques parcelles de son pédicule, pour n'avoir pas cautérisé assez profondément, la malade est exposée à une récidive presque certaine; si on cautérise assez profondément pour détruire jusqu'au dernier vestige des tissus affectés, on a à redouter les mêmes accidents inflammatoires que nous venons d'indiquer.

Cependant, quelle que soit la gravité de ces inconvénients, il ne s'ensuit pas qu'on doive proscrire la cautérisation dans tous les cas. Elle a été appliquée avec succès aux polypes *vésiculaires* des narines; il est probable qu'elle pourrait l'être également à ceux de la matrice. Quelquefois aussi elle est d'une grande utilité après l'excision des polypes *cellulo-vasculaires*, ou des polypes *fongueux* que l'on a appelés *vivaces*, soit pour détruire les tissus malades que l'instrument n'a pu enlever, soit pour prévenir l'hémorrhagie.

2° *Torsion*. La rupture du polype par torsion a été préconisée par plusieurs chirurgiens; elle a été employée avec succès par Boudou dans un cas où il n'avait pu appliquer une ligature, et où le pédicule, long d'un pouce, n'avait que cinq ou six lignes de diamètre: l'opération réussit parfaitement. Ce n'est que dans le cas où le pédicule est mince et sa substance très peu ferme que ce procédé peut convenir. Mais la crainte de voir la torsion se propager à quelques parties du tissu même de la matrice et déterminer une déchirure, l'a fait généralement rejeter, malgré le conseil qu'on a donné, pour prévenir cet inconvénient, de ne tordre la tumeur que d'une manière douce et ménagée, et après avoir saisi son pédicule avec de fortes pinces.

Obs. XVI. — *Polype fibreux de la matrice. —Incision du col. — Rupture du pédicule. — Guérison.* — Joséphine Langlois, marchande de volaille, entra à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours d'avril 1829. Cette femme, d'un tempérament nerveux-sanguin, a eu cinq enfants et une fausse couche; elle n'a jamais éprouvé d'autre maladie que celle pour laquelle elle est entrée. Lors de son dernier accouchement, qui fut très heureux, trois jours après étant assise, elle sentit quelque chose descendre du vagin : elle se leva, fit deux ou trois pas, et elle vit tomber par terre un corps que la malade dit ressembler beaucoup à une poire coquillard, et qui peut-être n'était qu'un polype qui avait un pédicule qui se rompit. Quoi qu'il en soit, depuis cet accouchement, la malade commença à avoir des pertes assez abondantes qui revenaient toutes les trois semaines à l'époque des règles, que du reste elle a eues toujours assez abondamment. Mais bientôt après ces pertes devinrent plus fréquentes, durèrent plus long-temps, jusqu'à ce qu'enfin elles fussent presque continuelles, du moins coulant tous les jours, tantôt le matin, ou bien le soir, surtout si la malade prenait un peu trop d'exercice. Ces pertes n'étaient accompagnées d'aucune douleur, mais elles affaiblissaient beaucoup la malade, qui, dans le commencement, reprenait facilement sa bonne mine dans les intervallesd'écoulement. Ces pertes étaient ordinairement rouges, cailloteuses, en plaques larges comme la main. Lorsque l'écoulement avait cessé pendant quelques jours, au commencement, il était blanchâtre, mais sans odeur bien marquée. La malade employa pendant long-temps un traitement adoucissant, et cela sans succès, comme on le pense bien. Lorsqu'elle vint à l'Hôtel-Dieu, elle était dans une grande anémie ; ses chairs étaient pâles et flasques ; le doigt, introduit dans le vagin, fit sentir l'ouverture du museau de tanche dilatée comme une pièce de quarante sous, et on sentait manifestement au dedans un segment d'une tumeur qui était lisse au toucher. On pouvait promener le doigt autour, et sentir la séparation avec les parois du col de la matrice. Mais en portant la main sur l'hypogastre, on le sentit très volu-

mineux et fluctuant ; on sentait aussi cette fluctuation à la partie supérieure du vagin. Lorsqu'on y introduisit le doigt, on crut d'abord, à la fluctuation, que c'était la vessie, dont le col était pressé par la tumeur de la matrice et qui ne pouvait se vider, qui formait cette tumeur volumineuse, qui s'étendait depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. On introduisit une sonde dans la vessie, mais elle ne donna lieu à l'écoulement que d'une petite quantité d'urine. D'ailleurs la tumeur ne changea pas de volume, et fit également sentir sa fluctuation; aussi fut-on porté à croire que cette tumeur était due à quelque kyste développé dans une des annexes de la matrice. M. Dupuytren pensa d'abord à guérir à la fois cette malade, et de la cause de ces pertes, et de cette tumeur, qu'il pensait pouvoir vider par une ponction faite dans l'endroit du vagin, où elle faisait saillie. Mais la malade n'en ressentant aucune douleur ni aucune gêne, il crut devoir, pour le moment, se borner à la débarrasser de son polype. Pour cela, il fallait que le polype pût être attiré au-dehors, et qu'il fît la section de son pédicule. Dans ce but, il commença à agrandir l'ouverture du col de la matrice; deux incisions furent faites du centre à la circonférence pour agrandir l'ouverture du col et faciliter le passage du polype. On attendit deux jours pour voir si le polype ne descendrait pas tout seul, il ne bougea que très peu ; on agrandit encore l'ouverture de deux lignes de chaque côté pendant deux jours ; le polype ne descendit pas, alors on chercha à le saisir avec des pinces de Museux à petits anneaux, pour qu'on pût les passer dans l'ouverture du spéculum, et retirer celui-ci une fois que le polype aurait été saisi. Le polype fut en effet saisi ; et la traction exercée pour l'attirer au-dehors fit rompre le pédicule du polype, qui fut amené sans aucune difficulté hors du vagin. M. Dupuytren porta le doigt dans la matrice pour savoir s'il ne restait rien du pédicule ; il ne sentit rien. Depuis ce temps la malade n'a eu aucun accident; les pertes ont complétement cessé, et elle est sortie huit jours après l'extirpation sans en avoir nullement souffert. Nous parlerons plus tard de l'excision du col.

Cette observation peut être jointe aux deux rapportées par Levret dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, et qui lui avaient été communiquées par Lapeyronie et par Boudou, et dans lesquelles le pédicule du polype avait été rompu par torsion. M. Boyer reproche à cette méthode de torsion l'inconvénient de tordre aussi en même temps la matrice à la partie où le polype s'attache. Mais un inconvénient qui me paraît plus grave est celui-ci : c'est que le polype s'allongeant par son pédicule, sort de la matrice et passe dans le vagin; l'ouverture du col de la matrice presse alors sur le pédicule, le resserre, et si on opérait la torsion, le pédicule pourrait se rompre en ce point, et une partie resterait dans la matrice et pourrait dégénérer, ce qui serait fâcheux. Dans l'exemple de madame Langlois, le polype extrait, du volume d'une grosse noix, était fibro-celluleux, et de la nature de ceux qui dégénèrent le plus facilement, et même presque toujours. En effet, parmi les polypes, les uns sont purement fibreux, les autres purement celluleux; ceux-là dégénèrent rarement; les premiers passent cependant quelquefois à l'état cartilagineux ou osseux; mais ce n'est point une dégénération bien fâcheuse. Si les polypes fibreux et celluleux ou muqueux dégénèrent rarement, lorsque leurs éléments sont combinés ensemble ils dégénèrent très souvent. Le polype fibro-celluleux est le plus facile à dégénérer. Si l'élément fibreux prédomine, le polype fibreux dégénère alors en squirrhe; mais si l'élément celluleux est le plus abondant, il se fait alors une dégénération carcinomateuse. Il en est de même pour les lipomes tant qu'ils sont formés seulement par du tissu cellulaire adipeux, ils ne dégénèrent pas; mais s'il y a un peu de tissu fibreux, ils sont alors très susceptibles de dégénération.

Cette observation nous montre que ces polypes fibreux se développent sans douleur autre que celle qu'ils peuvent produire mécaniquement par leur poids. Quant à l'opération pratiquée pour faciliter la descente du polype, M. Dupuytren la recommande beaucoup, car si on attendait que le polype dilatât l'ouverture du col de la matrice pour passer

dans le vagin, la malade pourrait succomber à ces hémorrhagies si abondantes, que du reste on comprend peu, le tissu vasculaire étant très peu développé à la surface de la tumeur et nul presque dans le cas présent; car il arrive quelquefois que le système vasculaire y est beaucoup plus prononcé; mais c'est principalement lorsque la tumeur a dégénéré que le système vasculaire s'y développe.

M. Dupuytren a pratiqué l'agrandissement avec le spéculum et un bistouri boutonné, qu'il a introduit par le museau de tanche, et qu'il a conduit du centre à la circonférence. On pourrait aussi se servir d'un bistouri pointu qu'on enfoncerait à la circonférence, et qui conduirait au centre; de cette façon, on est moins exposé à voir le museau de tanche fuir devant l'instrument qui doit le diviser.

3° *Broiement.* C'est à M. Récamier qu'appartient ce procédé, si on doit ainsi nommer la manière dont il détruisit une fois un polype mou et vasculaire qui était inséré dans le col utérin et qui le dépassait en bas de six lignes. M. Récamier le pressa contre la paroi du col avec le doigt indicateur, le réduisit en pulpe, et l'amena ainsi au-dehors en deux minutes : il était du volume du gros orteil. Ce moyen ne saurait convenir dans les polypes fibro-celluleux, à moins qu'ils ne soient frappés d'un ramollissement considérable; et alors le seul avantage qu'on puisse s'en promettre, c'est de diminuer le volume du corps fibreux et de rendre une autre opération plus facile.

4° *Arrachement.* Il ne doit être mis en usage que dans des circonstances particulières, lorsque, par exemple, toute autre méthode est inapplicable, et que la femme se trouve dans un danger imminent, par suite des accidents que le polype occasionne. Tel était le cas que nous rapporterons plus tard, où M. Dupuytren pratiqua l'arrachement, conjointement avec M. Récamier. Le polype était encore dans la matrice, le col formait un anneau de douze à quinze lignes de diamètre; la malade était épuisée par des pertes abondantes et près de succomber; la tumeur n'avait pu être ni extraite, ni liée, et le col refusait de lui livrer passage,

même après avoir été incisé. Elle fut donc saisie et attirée avec les pinces à érignes qui ne réussirent qu'à la déchirer. Alors M. Dupuytren la broya en partie avec les érignes et les doigts, et elle fut réduite en une espèce de filasse dont les filaments glissaient sans cesse entre les griffes de l'instrument. Les débris s'en allèrent plus tard en escarres, et la guérison eut lieu. Ainsi, si on était réduit à recourir à l'arrachement, on saisirait le corps du polype avec des pinces de Museux, des tenettes ordinaires ou même les doigts, s'il est peu volumineux et s'ils peuvent l'atteindre, ou bien avec un forceps droit ou courbe. On exerce ensuite des tractions méthodiques soit simples, soit combinées avec de légers mouvements de rotation, jusqu'à ce qu'on l'ait amené au-dehors.

5° *Ligature.* Nous avons exposé les motifs qui nous ont fait abandonner ce procédé comme méthode générale; mais il est quelques cas exceptionnels où elle doit peut-être avoir la préférence; il en est aussi où elle doit précéder l'excision; nous devons donc en décrire le manuel opératoire.

Un très grand nombre d'instruments a été imaginé, avons-nous dit, pour faire la ligature. Ceux de Desault sont les seuls actuellement en usage : ils consistent en deux porte-nœuds et un serre-nœud. Les deux porte-nœuds n'ont pas la même forme : l'un, que M. Boyer a appelé canule-porte-nœud, est une canule d'argent longue de sept pouces et droite, dans laquelle est renfermée une tige d'argent ou d'acier, plus longue qu'elle d'environ deux pouces. Celle-ci est fendue à l'une de ses extrémités, suivant sa longueur, en deux parties qui supportent chacune un demi-anneau. Quand on fait glisser la canule vers l'extrémité opposée de la tige, ces deux parties s'écartent par l'effet de leur élasticité, et les deux demi-anneaux qu'elles supportent s'éloignent l'un de l'autre; quand on fait glisser la canule en sens contraire, les deux demi-anneaux se rapprochent et se joignent de manière à former un anneau complet. L'autre extrémité de la tige présente une échancrure qui se termine par une fente étroite. M. Boyer a appelé ce second instrument, pince porte-nœud.

Le serre-nœud est une tige d'argent terminée à une de ses extrémités par un anneau qui en part à angle droit, et dont l'autre extrémité, aplatie, porte une échancrure qui dégénère en une fente étroite dirigée dans le sens de la longueur de l'instrument.

Pour préparer l'appareil, on retire la tige de la pince porte-nœud dans la canule qui la contient, jusqu'à ce que le rapprochement des demi-anneaux fasse un anneau complet, dans lequel on passe un des chefs d'une ligature de deux pieds de longueur, et l'on fixe ce chef en le renversant dans l'échancrure que présente à l'autre bout la tige de la pince. On passe ensuite le second chef du fil, qu'on laisse beaucoup plus long que le précédent, dans la canule porte-nœud, et on l'arrête autour d'un des anneaux que présente cette canule à celle de ses extrémités par où sort le fil.

L'appareil étant ainsi préparé, et la malade couchée en travers sur le bord de son lit, garni d'alèzes, les cuisses relevées et écartées l'une de l'autre, et les pieds appuyés sur des chaises ou soutenus par des aides, on introduit les deux porte-nœuds parallèlement l'un à l'autre à l'entrée du vagin, vers le point où le toucher a appris que l'on rencontrerait le moins de difficultés, et on le fait glisser entre ce canal et le polype, jusqu'à la partie la plus élevée du pédicule de celui-ci, quel que soit le lieu d'où il tire son origine. On tient immobile la pince porte-nœud; on détache le chef du fil fixé à l'un des anneaux de la canule porte-nœud et on fait décrire à celle-ci le tour du polype, de manière à jeter une anse de fil autour du pédicule de la tumeur. Quand elle a rejoint le porte-nœud, qui est resté immobile, on les change de main, et on les croise de manière que le chef de l'anse qui sort de la canule porte-nœud soit retenu par l'autre; on retire alors cette canule sans crainte de déplacer le fil qu'elle a conduit autour du polype. On détache le chef de fil fixé dans la fente que présente l'extrémité libre de la tige de la pince porte-nœud, et les deux chefs de la ligature se trouvant libres, on les engage tous deux dans l'anneau du serre-nœud que l'on pousse aussi haut que possible dans le vagin. Conduit par ces deux

chefs du fil, il arrive au point de leur entre-croisement sur le pédicule du polype. On retire alors un peu à soi la canule de la pince porte-nœud en la faisant glisser sur la tige : l'anneau s'ouvre, laisse échapper le fil sans le déplacer, et on retire l'instrument. Le serre-nœud est alors de nouveau poussé contre le pédicule, en même temps que, par un mouvement contraire, on tire à soi les fils; et lorsque l'on sent qu'on exerce une constriction suffisante, on renverse les deux chefs de la ligature dans l'échancrure du serre-nœud que l'on abandonne dans le vagin.

La ligature étant placée, il faut, autant que possible, serrer le fil assez pour interrompre complétement la circulation dans la tumeur. L'expérience a prouvé qu'en procédant de cette manière, on a beaucoup moins à craindre les accidents consécutifs, et que la chute du polype est beaucoup plus prompte. Mais souvent le volume du pédicule est trop considérable pour que la circulation puisse être interrompue du premier coup ; il faut alors la serrer chaque jour davantage, jusqu'à la chute du polype. Du reste, quant au degré de constriction qu'il faut exercer, il est de principe que l'on peut serrer jusqu'à ce que la malade se plaigne qu'on la pince et jamais au-delà; car on a vu une striction trop forte causer des douleurs atroces, des convulsions, et des convulsions portées jusqu'à la mort. Si de pareils accidents survenaient, il faudrait à l'instant relâcher la ligature ; et si un second, un troisième essai réussissaient aussi mal, abandonner ce moyen. Lorsque la ligature est bien appliquée, la circulation et la vie étant interrompues dans la masse fibreuse, elle se décompose, elle est frappée de gangrène progressivement de la périphérie vers le centre, le fil en coupe peu à peu le pédicule, et elle tombe après un temps plus ou moins long et très variable, selon la force de constriction exercée, le volume du pédicule, la densité des tissus qui le composent. Assez fréquemment la chute se fait du cinquième au sixième jour ; dans un cas cité par Leblanc, elle se fit attendre pendant près de trois mois.

Le point le plus difficile de la ligature, alors même que le

volume ou la situation du polype ne met pas d'obstacles particuliers à cette opération, est de la porter assez haut pour que le pédicule soit lié le plus près possible du lieu de son insertion à la matrice. Pour atteindre ce but, on a d'abord provoqué l'abaissement et le demi-renversement de la matrice, puis on a imaginé divers instruments, enfin on est venu à discuter l'utilité même du principe. L'abaissement et le demi-renversement de la matrice, qui semblent indiqués par la nature, proposés et employés par Herbiniaux et rejetés ensuite par d'autres chirurgiens, furent repris dans ces derniers temps par M. Dupuytren, qui en a fait la base de son procédé d'excision. Quant aux instruments, ceux de M. Mayor nous paraissent les plus simples, les plus ingénieux et les plus faciles à appliquer. Ils consistent en tiges élastiques de baleine ou d'acier, terminées en pattes d'écrevisse à leur extrémité. La ligature s'y place comme dans la pince de Desault, et doit être portée avec les mêmes précautions autour du polype. Pour la dégager, il suffit de tirer un peu fort sur l'instrument conducteur dès que le serre-nœud est arrivé près du pédicule à étrangler. Du reste, que l'on se serve de ces derniers, ou de la tige échancrée comme un porte-mèche de Cullerier, ou des porte-nœuds de Desault, tous ces instruments sont fort utiles lorsqu'on ne peut parvenir à abaisser et à renverser l'utérus ; ce qui est arrivé quelquefois à M. Dupuytren, notamment chez la femme dont nous avons parlé précédemment, et dont il fut obligé de broyer le polype.

Nous avons dit que, pour se débarrasser des difficultés que présente l'application de la ligature, on avait fini par révoquer en doute la nécessité de la placer le plus près possible de la racine du pédicule. Levret et Segard pensaient, et récemment M. Gensoul a soutenu cette opinion, que le polype, comme le cordon ombilical, se détache de son point d'origine, quel que soit le lieu où la ligature l'a coupé. M. Dupuytren est bien loin de la partager : le pédicule ne se détache en entier quelquefois, dit-il, que lorsqu'on le lie très près de sa racine ; d'autres fois, et surtout s'il est lié un peu

loin de son insertion, la partie située au-dessous de la ligature tombe, mais celle qui est au-dessus reste, continue à vivre, s'accroît, et reproduit la tumeur : de là la source de nombreuses récidives, et de là aussi les motifs de quelques uns des reproches que nous faisons à ce procédé.

Les soins à donner aux malades après la ligature consistent à combattre, par des injections faites avec quelque liquide anti-septique, la malpropreté et les dangers résultant des écoulements fétides qui ne manquent pas de survenir par l'effet de la mortification de la tumeur, et dont l'abondance, toujours assez considérable, est proportionnée à son volume. On sait, en effet, que la matière de ces écoulements doit irriter les parties sur lesquelles elle séjourne, et que, décomposée par la chaleur du corps, elle peut être absorbée et donner lieu, ce qui arrive fréquemment, aux symptômes d'empoisonnement par résorption purulente ou par phlébite.

Obs. XVII. — *Polype utérin. — Ligature. — Phlébite utérine. — Mort.* — Adélaïde Pessart, âgée de trente-cinq ans, cuisinière, d'une forte constitution, couchée salle Saint-Jean, n° 33, a eu deux enfants, le dernier à l'âge de vingt-cinq ans. Elle a été long-temps bien réglée.

En 1831, elle commence à souffrir du côté de l'utérus : douleurs à l'hypogastre et dans les régions lombaires, dérangement dans la menstruation, lassitude générale, etc. Il y a sept mois, perte abondante qui dure quinze jours ; depuis ce temps, les douleurs sont devenues plus intenses, écoulement mucoso-sanguinolent presque continuel par la vulve. Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 3 octobre 1839.

État général assez bon; constipation habituelle qui cède assez facilement aux lavements. Lorsque la malade est debout, pesanteur vers l'anus, tiraillements dans les régions inguinales et lombaires. Cet état de souffrance disparaît presque complétement dans la position horizontale. Vomissements fréquents.

Toucher. — On sent, à deux pouces au-dessus de l'entrée du vagin, une tumeur arrondie, consistante et élastique. Le col utérin est large ; ses lèvres sont amincies ; le doigt s'in-

troduit facilement entre lui et la tumeur, que l'on sent pénétrer en s'amincissant dans sa cavité. Une sonde de femme poussée jusque dans la cavité utérine la parcourt facilement, si ce n'est au côté gauche, où elle est arrêtée probablement par le lieu d'implantation de la tumeur. Enfin on s'assure, par tous les moyens d'exploration, de l'existence d'un polype fibreux assez volumineux.

Le 11 octobre, M. Blandin porte une ligature sur ce polype avec les instruments de Desault. Le fil est peu serré d'abord.

Le 12, point de douleurs, point de fièvre ; nausées. (Injections de guimauve, cataplasmes ; diète.)

Le 13, état satisfaisant, mais il y a toujours des nausées. On serre un peu plus le fil.

Le 14, la malade a vomi deux fois pendant la nuit. Point de douleurs à l'hypogastre, mais fièvre, chaleur à la peau.

Le 15, frisson pendant la nuit; fièvre, langue rouge à la pointe; l'hypogastre est sensible à la pression. Le soir, douleurs plus intenses, face grippée, cent dix pulsations, peau sèche. (Trente sangsues sur le ventre, cataplasmes.)

Le 16, nouveaux frissons, insomnie, douleurs abdominales. (Onctions mercurielles.)

Le 17, état de plus en plus grave. Mort à dix heures du soir, dixième jour après l'application de la ligature, troisième après l'apparition des symptômes de métro-péritonite.

Autopsie. — L'utérus est volumineux, ses parois sont épaisses, son col largement dilaté; deux des petites veines nombreuses qui occupent sa face postérieure, et qui vont se rendre dans la veine hypogastrique, sont remplies de pus; j'ai pu les suivre dans le tissu de la matrice jusqu'au lieu d'implantation du polype. Il y a environ un verre de sérosité purulente dans l'excavation pelvienne entre la matrice et le rectum. Là le péritoine est injecté, et présente quelques fausses membranes ; il est sain dans le reste de son étendue.

Quatre petits abcès métastatiques à la superficie du lobe inférieur du poumon droit; rien sur le poumon gauche ni sur le foie.

Le polype d'ailleurs a le volume d'une petite poire d'Angleterre; son pédicule est large et s'implante, comme on l'avait bien constaté, au côté gauche de la cavité du corps utérin. Il était bien embrassé par la ligature, qui n'avait pas compris du tout le tissu de la matrice. En coupant la tumeur, on la trouve gorgée de sang, ce qui tient probablement à la constriction exercée par la ligature. Il est facile d'y suivre plusieurs vaisseaux sanguins assez gros. Son tissu paraît composé de fibres qui se dirigent de la portion adhérente à la portion libre du polype; ces fibres semblent se continuer sans ligne de démarcation avec la substance de la matrice (1).

6° Passons maintenant au procédé définitivement adopté par M. Dupuytren dans la généralité des cas, l'excision, et examinons-en l'application dans les circonstances variées de la maladie. Nous croyons devoir établir, pour faciliter la description et aider l'intelligence, quatre divisions générales, purement arbitraires, mais déduites des indications particulières que chacune d'elles présente : les polypes intra-utérins, les polypes extra-utérins, les polypes intra ou extra-utérins pédiculés; les polypes intra ou extra-utérins non pédiculés, mais de petit volume, ou non pédiculés et de grand volume. Ceux qui naissent dans la cavité du corps ou du col de la matrice, et que nous appelons intra-utérins, présentent encore des indications diverses, suivant qu'ils sont enfermés dans l'intérieur de l'organe, qu'ils sont engagés dans le canal du col, qu'ils proéminent dans le vagin, ou qu'ils sont arrivés au-dehors après avoir franchi la vulve. Il est encore une distinction à faire entre les polypes extra-utérins qui siégent sur le col de la matrice, et ceux de même espèce qui sont insérés sur les diverses régions du corps de cet organe. On conçoit, en effet, que les premiers, qu'ils soient ou non pédiculés, de grand ou de petit volume, toutes choses égales d'ailleurs, sont bien plus accessibles aux ressources de l'art et aux instruments que les derniers.

(1) Observation recueillie par M. Gosselin.

Les polypes extra-utérins sont analogues par leur nature aux polypes de la cavité ; seulement les premiers sont retenus par la membrane péritonéale, et les seconds par l'enveloppe interne de la matrice ; mais on ne saurait, dit M. Dupuytren, les comparer entre eux sous le rapport du traitement. Il semblerait, au premier abord, qu'on peut couper les uns et les autres avec la même facilité et sans plus d'inconvénients. Il n'en est point ainsi : pour opérer les derniers, il faut faire une ouverture grande, souvent très grande, puisqu'ils ont quelquefois le volume de la tête d'un enfant ; il faut ouvrir la membrane séreuse la plus étendue de l'économie et la plus susceptible d'inflammation. L'extirpation est donc fort dangereuse ; il survient presque constamment une péritonite promptement mortelle. C'est ce qui est arrivé à l'hôpital Beaujon, dans un cas dont l'histoire a été publiée : la malade n'a survécu que quarante-huit heures. Je fus appelé, il y a quelques années, dit M. Dupuytren, pour une dame qui portait une tumeur volumineuse dans le bas-ventre : elle était très mobile, on pouvait la faire passer avec la plus grande facilité de gauche à droite et de droite à gauche, la relever vers l'ombilic ou l'abaisser sous les pubis et la précipiter dans le bassin. Un examen attentif me fit juger qu'elle consistait en une tumeur fibro-celluleuse pédiculée de l'extérieur de la matrice. Cette dame ne croyait rien de plus facile que de lui enlever cette tumeur. Mais j'avais présent à la mémoire le fait qui s'était passé à Beaujon, et je ne voulus pas prendre sur moi la responsabilité d'une telle opération. Il n'en est pas de même des polypes de la cavité utérine ; leur extirpation est souvent très facile et toujours sans danger par elle-même.

Quant à ceux qui se développent dans l'épaisseur des parois de la matrice, et qui font saillie tantôt au-dedans, tantôt en dehors, à moins qu'ils ne soient très superficiels et d'un petit volume, ils sont tous, et à bien plus forte raison que les précédents, inopérables ; car il faudrait fendre la matrice pour pouvoir les énucléer. Lorsqu'ils sont développés dans l'épaisseur du col, il y a généralement plus de ressources ;

cependant il est des cas où l'on tente vainement l'énucléation. Je vis, il y a quelques années, une fille dans une petite rue de la Cité qui portait une tumeur de ce genre. Je fendis le col pour la faire saillir davantage. Elle saillit en effet, mais pas assez pour pouvoir être enlevée. En résumé, dans tous les cas de polypes externes du corps de la matrice où l'excision est possible, le procédé opératoire est le même que pour ceux de la cavité.

Les polypes développés à la surface péritonéale de la matrice sont, nous l'avons déjà fait remarquer, extrêmement communs; mais une circonstance très défavorable, c'est qu'ils sont rarement isolés et le plus ordinairement multiples. Vous rencontrerez souvent dans votre pratique, dit M. Dupuytren, des femmes ayant le bas-ventre farci de tumeurs plus ou moins volumineuses. D'abord indolentes pendant un temps quelquefois assez long, elles finissent par devenir douloureuses, très sensibles au toucher. Les malades, dont la santé ne souffrait point jusque là de leur présence, y éprouvent des douleurs lancinantes, vives et profondes, leur constitution s'altère, leurs forces diminuent, elles maigrissent rapidement, leur teint devient jaune, une hydropisie de l'abdomen se forme, les extrémités s'infiltrent. Gardez-vous, dans de telles conjonctures, de faire la ponction : elle ne servirait à rien. Ces femmes succombent enfin, et vous trouvez des tumeurs de différent volume, fixées sur les diverses régions de la surface de l'utérus, sur les différentes portions du péritoine, et le ventre rempli d'une collection de liquide ou séreux, ou séro-purulent. Ouvrez ces tumeurs et vous verrez tous les degrés de la dégénérescence carcinomateuse. A leur centre resteront encore quelques traces d'éléments fibreux, dernière preuve de leur nature primitive. Arrivez à la matrice et vous rencontrerez, dans l'épaisseur de ses parois, ici un tubercule encore à l'état fibreux, là un autre tubercule commençant à se ramollir, ailleurs une dégénérescence qui, après avoir attaqué la tumeur, a envahi son enveloppe particulière et s'est étendue aux tissus environnants, et enfin la matrice elle-même, frappée d'une inflammation générale ou

de dégénération dans une étendue plus ou moins grande, à une profondeur plus ou moins considérable.

Ces considérations nous conduisent à examiner une question de thérapeutique chirurgicale fort importante : un cas tout nouveau, qui vient de s'offrir à notre observation, nous fournit l'occasion de la résoudre.

Obs. XVIII. — *Polypes multiples. — Danger d'une opération.* — Une femme de petite taille, bien constituée, maigre, âgée de quarante à quarante-cinq ans, se présente à la consultation de M. Dupuytren, le 26 de ce mois (mars 1833), se plaignant d'avoir des écoulements en blanc très abondants et souvent des pertes en rouge, des tiraillements dans les aines et les cuisses, d'éprouver des douleurs fortes dans le bas-ventre, un sentiment de pesanteur très considérable sur le rectum et dans le vagin, etc. Je la touchai, dit M. Dupuytren, et je trouvai vers le tiers de la longueur du vagin une tumeur qu'on peut appeler énorme, car elle remplit toute la cavité du détroit supérieur de ce canal. Cependant je pus faire circuler le doigt autour de sa circonférence, et je lui trouvai une surface lisse, une forme conoïde; le doigt, porté plus haut, rencontra cette dépression circulaire particulière aux tumeurs pédiculées. Il ne restait pas de doute sur sa nature; mais je palpai le bas-ventre, et je reconnus l'existence de plusieurs tumeurs implantées sur le corps même de l'utérus, et faisant saillie dans la cavité abdominale. Ainsi cette femme offre un exemple de la multiplicité des tumeurs fibreuses chez la même personne, et d'un polype volumineux de la cavité de la matrice, coexistant avec plusieurs autres tumeurs du corps même de cet organe. Mais ce n'est pas là le côté le plus remarquable de ce cas; examinons les effets de cette multiplicité sous le rapport du traitement.

Il est bien évident que nous tomberions dans l'absurde, si nous nous rendions aux désirs de la malade en cherchant à la guérir par des moyens pharmaceutiques, internes ou appliqués localement, par des fondants, etc.; nous croyons, d'un autre côté, que l'extirpation du polype de la cavité, bien qu'il soit très volumineux, est possible; mais cette opération

n'est-elle point contre-indiquée, et devons-nous la pratiquer? telle est la question qu'il est important d'examiner.

D'abord l'enlèvement d'une tumeur principale, qui est accompagnée d'une ou de plusieurs autres, n'empêche point celles-ci, nous l'avons déjà fait remarquer plus d'une fois, de suivre leur développement, de continuer leur marche, et d'arriver à leur terminaison ordinaire. Bien plus, une tumeur fibreuse, unique, qui a été extirpée, peut être suivie du développement d'une autre ou même de plusieurs autres tumeurs de même nature; nous en avons observé plusieurs exemples. Mais ce qui est bien plus remarquable, et ce dont personne, que nous sachions, n'a encore fait mention jusqu'ici, c'est qu'un grand nombre de femmes qui ont été affectées de polypes utérins sont prises, au bout d'un temps plus ou moins long, de dégénérescence cancéreuse de l'utérus, lors même qu'il n'existait qu'une seule tumeur, que cette tumeur a été convenablement extirpée, et qu'aucune autre ne s'est développée ensuite. Il y a chez elles une disposition générale, organique sans doute, qui les rend éminemment susceptibles de contracter l'affection cancéreuse.

Notre malade actuelle est donc, de quelque manière qu'on l'envisage, exposée à une récidive plus ou moins éloignée, plus ou moins imminente; bien plus, à raison de la multiplicité de ses tumeurs, elle ne saurait être guérie radicalement par l'enlèvement du polype principal qui occupe le vagin. Mais sont-ce là des raisons suffisantes pour ne pas l'opérer? nous ne le pensons pas. Cette femme éprouve par la présence de cette tumeur des incommodités graves; ses écoulements en blanc commencent à se changer en pertes rouges; celles-ci peuvent devenir très abondantes, continues, et se transformer même en une véritable hémorrhagie; les douleurs abdominales sont très fortes; le sentiment de pesanteur au fondement et dans le vagin extrêmement pénible; le cours des matières fécales est mécaniquement interrompu par la pression que le polype exerce sur le rectum, et l'écoulement des urines incessamment sollicité par le refoulement de la vessie; enfin, la dégénérescence cancéreuse peut se déve-

lopper à une époque plus ou moins rapprochée, et alors apparaîtrait cette série funeste de symptômes généraux que nous avons décrits ailleurs, et qui épuisent rapidement la constitution et la vie des malades. Eh bien, par l'opération, non seulement nous faisons cesser tout-à-coup les symptômes actuels, mais encore nous prévenons tous ceux que les progrès du mal amèneraient nécessairement. Qu'en résultera-t-il? que cette femme, tout en portant d'autres tumeurs fibreuses dans le bas-ventre, jouira du bien-être et du calme pendant un nombre d'années plus ou moins grand, jusqu'à ce que celles-ci déterminent quelques graves accidents. Et qui sait si cette époque n'est pas très éloignée pour elle! Nous vous avons dit que les tumeurs fibreuses abdominales peuvent acquérir un volume considérable sans apporter un trouble très sensible dans les fonctions de l'économie, qu'elles dégénèrent beaucoup plus tardivement que celles de la cavité utérine, et qu'enfin, passant assez souvent à une dégénérescence cartilagineuse ou osseuse, elles peuvent, dans cette nouvelle condition, permettre aux malades de parcourir une longue carrière. Vous n'avez pas oublié l'exemple que nous avons cité de cette demoiselle qui, affectée à trente-cinq ans des premiers symptômes d'un polype, arriva à l'âge de quatre-vingt-quatre ans sans éprouver beaucoup d'incommodités, quoiqu'il eût acquis un volume énorme.

Les polypes de la cavité de l'utérus ne sont reconnaissables, avons-nous dit, que lorsqu'ils sont accessibles aux doigts, c'est-à-dire lorsque l'orifice utérin est assez dilaté pour en permettre l'introduction et une exploration suffisante. Une première question, qui se présente ici, est celle-ci: à quelle époque doit-on procéder à leur extirpation? L'opportunité ou l'urgence de cette opération est entièrement subordonnée aux accidents que la malade éprouve. S'il y a des pertes abondantes qui l'épuisent, des douleurs profondes qui déterminent une réaction générale, si la tumenr commence à dégénérer, ce qui est fort rare, du reste, lorsqu'elle ne proémine pas dans le vagin, si, en un mot, il existe quelque indication pressante, on doit se hâter d'opérer, quel que soit

le lieu qu'occupe encore la tumeur. Dans les cas contraires, on peut attendre, sans inconvénients, un moment plus propice.

Si la tumeur est encore enfermée dans l'utérus et que des accidents graves rendent l'opération nécessaire, comment parviendra-t-on à la pratiquer? Il existe nécessairement l'une des deux circonstances que voici : ou il y a une dilatation du col suffisante pour permettre le passage du polype, ou le col n'est que peu ou point dilaté. Dans le premier cas, M. Dupuytren, d'accord sur ce point avec Griffith, pense qu'on peut employer avec avantage le seigle ergoté comme moyen propre à en faciliter l'expulsion, mais bien entendu pour les cas seulement de polypes pédiculés; car on conçoit que si la tumeur est à large base et implantée dans le tissu propre de la matrice, les contractions de cet organe, déterminées par cette substance, seront sans aucun effet utile. Il est superflu d'ajouter qu'elle produirait même des accidents dangereux, si on l'administrait sans qu'il y eût une dilatation proportionnée au volume de la tumeur.

Ces lignes étaient composées, lorsque nous eûmes connaissance d'un fait tout récent qui confirme pleinement ce que nous venons de dire sur le seigle ergoté.

Obs. XIX. — *Polype. — Emploi du seigle ergoté pour favoriser l'expulsion du polype.* — Il y a deux jours, le 19 de ce mois (mars 1833), M. Guersent fils, appelé près de la femme du concierge du Palais du Luxembourg, qui éprouvait diverses indispositions, des coliques, des douleurs dans les aines, au fondement, à la matrice, accompagnées de pertes, la toucha, trouva le col de la matrice largement entr'ouvert, et dans la cavité de l'organe un corps arrondi, lisse, qu'il reconnut bientôt pour un corps fibreux. L'ouverture du col lui paraissant assez grande pour permettre le passage de la tumeur, il prescrivit, comme M. Dupuytren le conseille, le seigle ergoté. Les effets du médicament ne se firent pas attendre. Les contractions de la matrice chassèrent bientôt le polype jusque dans le vagin, où il est encore en ce moment en attendant qu'on en fasse l'excision.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque le col n'est que peu ou point dilaté, quelques écrivains ont conseillé et des praticien sont tenté de produire une *dilatation mécanique*. Un essai de ce genre a démontré tout le danger de ces tentatives.

Obs. XX. — *Polype. — Dilatation mécanique du col. — Métro-péritonite.* — Il y a quelques années, on vint prier M. Dupuytren de se rendre en toute hâte auprès de madame C***, femme d'un banquier de Paris, que l'on disait être à l'extrémité ; elle était en effet dans une position très fâcheuse. M. Dupuytren apprit par le récit des antécédents que la malade était affectée d'un polype de la matrice, que celui-ci se présentait au col ; mais que l'orifice n'étant pas assez grand pour lui livrer passage, on avait cherché à obtenir la dilatation en introduisant des éponges et de la racine de gentiane préparée. Ces manœuvres avaient eu pour résultat le développement d'une métro-péritonite intense, dont les symptômes étaient portés à un très haut degré, lorsque M. Dupuytren fut appelé. Nous ne discuterons pas, dit M. Dupuytren, la question de savoir s'il y avait ou non urgence de pratiquer l'opération ; mais nous avons voulu vous faire comprendre le danger de ces tentatives de dilatation forcée du col de l'utérus, que l'on doit proscrire de nos moyens de traitement.

D'un autre côté, le seigle ergoté, que nous avons dit pouvoir être utile lorsqu'il existe une dilatation suffisante, sera tout-à-fait impuissant dans une foule de circonstances ; car les choses ne se passent pas ici comme dans les accouchements. Dans l'accouchement, le col s'amollit, s'amincit, se distend graduellement par un travail continu ; dans les polypes, il conserve toute son épaisseur ; souvent même cette épaisseur a été augmentée par un travail morbide, et il offre une rigidité extrême, qui est un obstacle presque invincible. Le moyen le plus sûr et qui présente le moins d'inconvénients dans tous les cas, consiste dans l'incision du col, que nous avons déjà eu quelques occasions de pratiquer. Après cette opération, rien n'empêche qu'on essaie de faire descendre le polype en administrant le seigle ergoté.

L'incision du col de l'utérus, pour donner une issue plus facile à ces polypes, pour pouvoir soit les lier ou les extirper, semble un moyen tout naturel à employer. Aussi M. Dupuytren l'a-t-il employé quelquefois avec succès.

Il y a plusieurs années, M. Dupuytren fut appelé auprès d'une jeune marchande de modes de la rue Castiglione, qui éprouvait de vives douleurs dans l'utérus. Le col de cet organe était entr'ouvert; au centre, il trouva un corps lisse et arrondi qui lui sembla être la cause des douleurs, à l'approche et pendant la durée des règles, et des pertes en rouge et en blanc pendant leur intervalle. Ce corps fut saisi à l'aide d'une érigne. M. Sanson, qui aidait M. Dupuytren, exerçait de fortes tractions dessus; M. Dupuytren en exerçait de son côté avec de fortes pinces de Museux. Tous ces efforts furent inutiles. M. Dupuytren se décida alors à faire une incision sur le col de la matrice; le polype alors put sortir très aisément. L'excision en fut faite, et la malade, qui guérit très bien, eut depuis plusieurs enfants. Chez une autre dame, M. Dupuytren employa ce moyen avec le même succès. Mais chez la femme d'un cordonnier, cette incision ne réussit pas: le polype ne put pas descendre malgré les fortes tractions que l'on exerça dessus.

Obs. XXI. — *Polype extra-utérin. — Incision du col. — Tentatives en partie inutiles. — Gangrène. — Chute du polype. — Guérison.* — Une jeune femme de vingt-huit ans vint à l'Hôtel-Dieu, salle du Rosaire, dans le service de M. Récamier. Elle avait des pertes considérables; le toucher et le spéculum révélèrent l'existence d'un corps étranger, contenu dans la cavité de l'utérus, et que le doigt ne pouvait que très difficilement atteindre à cause du peu de dilatation du col.

Les hémorrhagies devenaient de plus en plus abondantes, la femme s'affaiblissait, la mort paraissait certaine; M. Récamier appela M. Dupuytren en consultation. Il fut convenu qu'on chercherait à attirer au-dehors le corps étranger qui était évidemment un polype. Dans ce but, M. Dupuytren incisa le col en arrière et en avant, le polype fut ensuite saisi avec des pinces de Museux; mais toutes les tentatives furent

en partie inutiles, le polype s'évidait comme une perruque, mais ne se détachait pas. On renonça à son extirpation. Un régime antiphlogistique fut prescrit.

Bientôt des accidents se manifestèrent; la gangrène s'empara du polype, et au bout de quelque temps il se détacha. Cette femme quitta ensuite l'hôpital, fort affaiblie, mais ne présentant point aucun symptôme inquiétant.

Huit ans après, M. Récamier fut abordé par une dame dont l'extérieur annonçait une santé florissante; c'était l'ancienne malade de la salle du Rosaire, chez laquelle l'utérus n'avait plus rien présenté d'anormal (1).

Cette incision du col peut se faire de deux manières : par débridement ou de dedans en dehors, avec un bistouri boutonné, ou avec le lithotome caché; et par ponction, c'est-à-dire par un coup de pointe porté de dehors en dedans. Par ce débridement, M. Dupuytren a soumis à la puissance de l'art plusieurs cas de ces maladies qui, jusque là, avaient été considérées comme incurables.

Après que l'on a pratiqué l'incision du col, de même que lorsqu'il existe une dilatation plus ou moins considérable de l'orifice utérin, on introduit les pinces de Museux, on saisit la tumeur et on l'attire au-dehors pour en faire l'excision. Mais dans beaucoup de cas, soit que la tumeur soit adhérente, soit qu'elle ait un pédicule extrêmement court, ou qu'elle n'en ait pas du tout, on ne peut parvenir à en faire l'abaissement, quelque bien dirigées que soient les manœuvres. Il ne reste alors d'autre parti à prendre que d'amener la matrice au détroit inférieur et d'en faire le demi-renversement dont nous avons parlé ailleurs; enfin si ce demi-renversement ne pouvait avoir lieu, ce serait encore le cas d'inciser largement le col et d'aller ensuite exciser la tumeur dans l'intérieur même de l'organe. Les mêmes indications se présentent lorsque le pédicule d'un polype descendu dans le vagin est étroitement embrassé par le col, et qu'il est impossible d'en faire la section au-dessus du museau de tanche.

Obs. XXII. — *Polype embrassé par le col. — Incision du col. — Section du pédicule. — Guérison.* — Tarquois,

(1) Observation recueillie par M. Récamier.

âgée de quarante-neuf ans, couturière, n'ayant jamais eu d'enfant et bien réglée, entra à l'Hôtel-Dieu le 10 décembre 1823. Dans le courant du mois d'août précédent, elle avait eu une perte abondante qui dura plusieurs jours. Bientôt elle s'aperçut qu'elle avait une tumeur dans le vagin. Quelques jours après, cette tumeur se présenta à la vulve et fit bientôt saillie entre les grandes lèvres. Alors survinrent des douleurs dans le ventre, des tiraillements dans les aines, des écoulements en blanc, de la pesanteur au fondement, des difficultés et des douleurs en allant à la garderobe.

A l'époque de l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur était rugueuse, rougeâtre, dure, ulcérée sur divers points. Le doigt, introduit dans le vagin, pouvait facilement en circonscrire le pédicule, qui était fortement embrassé par le col de la matrice. L'état général étant très satisfaisant, l'opération fut pratiquée le 13 décembre.

M. Dupuytren saisit le polype avec des pinces de Museux et l'attira au-dehors. A mesure que la tumeur avançait, il la saisissait avec d'autres pinces et ainsi successivement, de sorte que bientôt le col de la matrice parut à la vulve. L'opérateur incisa largement le col de dedans en dehors à l'aide d'un bistouri boutonné, et ensuite au moyen de forts ciseaux courbés sur le plat, il put aller couper dans l'utérus le pédicule du polype. Il n'y eut aucun écoulement de sang, et la matrice remonta aussitôt dans le vagin.

La tumeur, examinée, présentait un tissu dur, dense, élastique, grisâtre, criant sous le scalpel. Dans son centre existait une cavité assez grande sur les parois de laquelle on remarquait des colonnes fibreuses dont la disposition était en tout analogue à celles du cœur. Quelques points commençaient à dégénérer.

La malade, après l'opération, n'éprouva aucune espèce d'accident. Les douleurs dans les reins, les tiraillements dans les aines, les écoulements en blanc, en rouge, disparurent. Seulement, au neuvième jour, n'ayant pas été depuis longtemps à la garderobe et pressée par le besoin, elle fit de violents efforts pour y satisfaire : il en résulta un léger écou-

lement de sang qui dura plusieurs jours. Le vingt-quatrième jour de l'opération, elle quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Lorsque le polype est descendu dans le vagin, le manuel opératoire est simple dans beaucoup de cas. Nous l'avons décrit dans le cours de nos leçons, rappelé plus d'une fois dans les observations citées, et nous n'y reviendrons pas. Mais il est plusieurs circonstances qui viennent souvent le compliquer. Quelquefois la matrice est peu mobile, difficile à être abaissée, ou le polype résiste, et son pédicule ne peut être amené à la vulve. Il faut alors qu'avec la pointe d'un bistouri droit dont la lame a été préalablement garnie d'une bandelette, ou avec les ciseaux courbes dont nous nous servons, le chirurgien, sans permettre au polype de remonter, aille le diviser à sa partie la plus rétrécie, en suivant toujours l'instrument avec les doigts de la main gauche restés dans le vagin. C'est aussi la conduite qu'il faudrait tenir, si, le pédicule étant fortement ramolli, on craignait de le rompre en continuant les tractions pour l'amener à la vulve. Ce cas vous a été offert par la deuxième malade que vous aviez sous les yeux. (Voyez le commencement de cet article.)

Avant de procéder à l'abaissement, le chirurgien doit toujours s'assurer si le polype a contracté, ou non, des adhérences avec les parties environnantes ; s'il est adhérent, ses attaches sont d'abord détruites successivement avec de très longs et très forts ciseaux courbés sur leur plat et pourvus de tranchants mousses, à l'aide desquels ils ne divisent les parties qu'en les contondant et en froissant les vaisseaux qui pourraient fournir du sang. On doit mettre beaucoup de prudence et de ménagement dans cette dissection qui est extrêmement délicate.

Il est encore une circonstance que nous devons noter et qui se présente assez souvent au moment où la tumeur franchit avec plus ou moins de violence l'orifice externe du vagin. Comme dans l'accouchement, on voit alors un jet de sang s'échapper avec elle, et ce flot de sang, qui a lieu aussi après l'arrachement des polypes fibreux du nez, provient sans doute de la contusion, du déchirement de quelques uns des

vaisseaux du vagin. Il n'est que momentané et n'a aucune influence fâcheuse.

Les polypes utérins offrent quelquefois un volume si considérable, qu'on ne peut les attirer en dehors de la vulve quelles que soient les tractions que l'on exerce. Si l'obstacle dépend de l'étroitesse de cet orifice, M. Dupuytren n'hésite pas à en inciser largement la commissure postérieure. Mais, s'il provenait d'un défaut considérable de proportions entre le volume de la tumeur et les diamètres du détroit inférieur, il faudrait nécessairement recourir à la compression par le forceps, ou au broiement avec les érignes, ou enfin à la division en plusieurs fragments avec le bistouri.

Il a été démontré, d'une manière péremptoire, combien était peu fondée la crainte de l'hémorrhagie après l'excision. Il est cependant quelques cas rares où l'on peut appliquer préalablement une ligature; ce sont ceux où le polype contiendrait des vaisseaux volumineux dont la présence se décèle par des battements très forts; nous ne sachions pas qu'on ait jamais eu l'occasion d'user de cette précaution. Plusieurs exemples, cités dans le cours de cet article, tendent même à en prouver l'inutilité.

Quant au traitement des polypes qui se développent autour et en dehors de la matrice, sur les parois du vagin, dans le tissu cellulaire post-vaginal, etc., nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit ailleurs, en décrivant les caractères qui leur sont propres.

Dans tous les cas de tumeurs non pédiculées et enclavées dans le tissu propre de la matrice, où l'opération peut être tentée, voici comment M. Dupuytren y procède: il fait d'abord, autour de la moitié antérieure de la base, une incision semi-elliptique plus ou moins profonde: aussitôt la rétraction des bords de la plaie fait saillir la tumeur; une incision pareille est pratiquée ensuite dans la moitié postérieure de la base, de manière à rencontrer de chaque côté les extrémités de la première incision. Les bords de cette plaie s'écartent largement aussi, et dès lors on peut avec le doigt ou le manche d'un scalpel la disséquer et la détacher, si elle naît seu-

lement du tissu cellulaire sous-muqueux, ou bien quelques coups de bistouri seront nécessaires, si elle tire son origine du tissu cellulaire inter-lamelleux de la matrice.

Disons deux mots, en terminant, des suites de cette opération et du traitement consécutif qui est fort simple dans la généralité des cas. Aussitôt que le pédicule est coupé, la matrice remonte brusquement à sa place ordinaire; l'écoulement de sang est presque toujours extrêmement modéré, et s'arrête de lui-même au bout de quelques heures. Les écoulements morbides qui existaient avant cessent immédiatement. Les malades sont délivrées aussitôt des incommodités ou des accidents dépendants de leur affection, ou si elles n'étaien pas encore tombées dans un état d'épuisement, quelques jours suffisent pour qu'elles obtiennent une guérison parfaite. Celle-ci a lieu ordinairement en douze ou quinze jours. Une dame de Metz, à qui M. Dupuytren avait enlevé un polype plus gros que les deux poings réunis, put aller à l'Opéra le troisième jour. Quant aux soins consécutifs, il est prudent de soumettre les malades à un régime sévère pendant quelques jours, lors même qu'elles sont dans un état des plus satisfaisants. Il ne faut pas oublier qu'en l'absence même de toutes complications elles sont toujours sous l'imminence d'une inflammation, qu'il faut par conséquent les surveiller de près, et agir énergiquement aux premiers indices, par des saignées générales ou locales, des cataplasmes émollients, des bains, etc. Des injections émollientes seront fort utiles dans tous les cas. Si l'opérée a été considérablement affaiblie par les accidents antérieurs, on ne la tiendra à la diète que le temps rigoureusement nécessaire, et on prescrira ensuite une alimentation légère, mais substantielle, qu'on augmentera par degrés, et à laquelle on associera une médication tonique et fortifiante.

Nous avons omis de noter plus tôt, que M. Dupuytren a quelquefois rencontré des polypes ayant un renflement dans la cavité du vagin, et un autre renflement dans la cavité de la matrice, lequel est fixé à la surface interne de celle-ci par un pédicule. S'ils ne peuvent être altérés en entier dans le

vagin, les polypes qui présentent cette disposition singulière rentrent, sous le rapport du traitement, dans la classe de ceux qui ne peuvent franchir le col utérin, et exigent la même conduite de la part du chirurgien.

M. Dupuytren a également signalé un phénomène particulier qu'il avait déjà observé après la suppression brusque de pertes de sang habituelles ; nous voulons parler de bourdonnements d'oreilles très incommodes que beaucoup de malades éprouvent après l'extirpation du polype. On les fait cesser par des pédiluves sinapisés, l'application de la moutarde aux extrémités, et en général par les révulsifs.

Nous avons achevé l'histoire des polypes fibreux, et pour compléter cette leçon, je veux vous parler d'un autre genre d'affection polypeuse qui attaque fréquemment le col de la matrice, et qui souvent en a imposé pour des affections cancéreuses.

Cette maladie consiste en de petits *polypes celluleux et vasculaires* pendants au col de la matrice. Il n'est aucun des élèves nombreux qui suivent la clinique de l'Hôtel-Dieu qui ne puisse attester l'exactitude des détails dans lesquels nous croyons nécessaire d'entrer.

Ces polypes, dit-il, qui offrent des symptômes analogues à ceux du cancer du col de l'utérus ou du museau de tanche, échappent, par leur petitesse, aux plus attentives investigations ; ils font le désespoir des médecins non moins que des malades. Des écoulements blancs ou rouges, communément accompagnés d'un sentiment de fatigue dans les reins, de tiraillements dans les aines, de pesanteur au fondement ; un épuisement physique et moral promptement amené par la perte du sang et par les douleurs ; cette perte de sang, mais surtout l'écoulement en blanc, accru par le moindre contact, par le coït, par l'approche des règles, dont elles semblent prolonger la durée ; tels sont les principaux symptômes de cette maladie ; il n'est pas de cause à laquelle on ne l'ait faussement attribuée ; il n'est pas de remède par lequel on ne l'ait vainement combattue ; tout traitement doit échouer et échoue en effet tant que la véritable cause en demeure

ignorée. Le toucher, pratiqué par un doigt exercé, la vue, secondée par un spéculum, la feront aisément reconnaître. Que l'on porte le doigt jusqu'au museau de tanche, et dans le cercle formé par cette partie, on rencontrera un, deux, trois, ou un plus grand nombre de petits corps allongés, pédiculés et implantés à l'extrémité inférieure de la cavité du col de la matrice Ces. petits corps ont un volume qui varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une fève de haricot. Le moindre contact les fait saigner.

Si, au lieu du doigt, on se sert de la vue, aidée du spéculum, on trouve le col et le museau de tanche rouges, dilatés, et remplis par de petits corps rougeâtres, allongés, pédiculés et insérés au col de la matrice. Je ne saurais dire, ajoute M. Dupuytren, combien de fois il m'a été donné de rencontrer des polypes de cette espèce, depuis ceux que je découvris chez madame la duchesse d'U..., auprès de laquelle j'avais été appelé par feu le docteur Lalouette, jusqu'à ceux dont j'ai récemment constaté l'existence chez madame C..., conjointement avec M. Marjolin.

Il n'est aucun de ces cas qui n'ait été le sujet de difficultés, d'incertitudes et d'erreurs dans le diagnostic; suivant l'un, c'était une inflammation chronique de l'utérus; suivant l'autre, c'était un abaissement de la matrice; suivant celui-ci, une affection dartreuse fixée sur ces parties; suivant celui-là, c'était un commencement de cancer, etc., etc., etc.

Le traitement basé sur ces diagnostics erronés consiste, tantôt dans des saignées, tantôt dans des applications de sangsues, de pessaires, d'éponges, de cautères, de vésicatoires, etc., etc.; dans l'emploi de bains et de douches d'eaux émollientes, narcotiques, sulfureuses, etc.; mais tous ces remèdes échouent, jusqu'à ce qu'on détruise par un moyen quelconque les polypes, seule et unique cause des écoulements en blanc et en rouge. Alors tous les symptômes disparaissent comme par enchantement, et l'on se demande comment une aussi faible cause a pu produire des effets aussi opiniâtres et souvent aussi dangereux.

L'enlèvement de ces polypes n'est pas aussi aisé qu'on

pourrait le croire ; leur petitesse, qui souvent les dérobe au doigt comme à la vue, empêche qu'on les saisisse aisément et qu'on les enlève en totalité. Les malades doivent être couchées sur le dos, les cuisses écartées comme pour l'opération de la pierre ; si l'on ne veut point se servir du spéculum, on leur fait faire des efforts d'expulsion, que l'on seconde par des pressions sur l'hypogastre, jusqu'à ce que le museau de tanche soit descendu et se montre à l'entrée du vagin ; ou, si l'on se sert du spéculum, ce qui est préférable, on introduit cet instrument dans le vagin, on le fait arriver jusqu'au museau de tanche, qu'on y engage ; dans l'un et l'autre cas, après les avoir abstergés du sang, du pus ou des mucosités qui les couvrent, on saisit les polypes avec des pinces à mors très déliés, et on les coupe avec des ciseaux fort allongés, le plus près possible de leur insertion. Si quelques uns d'entre eux ne pouvaient être saisis, à cause de leur exiguïté, ou si l'on apercevait à l'intérieur du col de la matrice de petits *soulèvements* propres à indiquer l'existence de germes de nouveaux polypes, on devrait cautériser la surface qui recèle ces germes avec un cône de nitrate d'argent fixé sur un porte-caustique.

Il n'est pas de maladie qui cause plus de tourments aux femmes et plus de recherches pénibles aux médecins ; il n'en est pas aussi contre laquelle l'art de guérir possède des secours plus efficaces, dans laquelle les malades passent en moins d'instants d'un état plus fâcheux en apparence à un état plus parfait de santé.

Il suffit, pour maintenir la guérison et prévenir tout accident ultérieur, d'examiner de temps en temps le col de la matrice, de ne pas oublier que quelques légères évacuations sanguines de temps à autre s'opposent avec efficacité à une pléthore anormale, et sont réclamées par toute perte devenue une habitude.

Cette affection est sans doute plus commune dans l'âge adulte et lors du plus grand développement des organes génitaux qu'à toute autre époque de la vie. Elle est encore assez commune au déclin de l'âge, lorsque les organes ont

été irrités, fatigués, usés, pour ainsi dire, par l'exercice prolongé de leurs fonctions; mais on la voit aussi se développer quelquefois chez de jeunes vierges. Tel était le cas d'une personne âgée de dix-huit ans, chez laquelle il fallut déchirer la membrane hymen pour porter le doigt d'abord, et ensuite un spéculum étroit jusqu'au col de la matrice, où existaient des polypes rouges, celluleux et vasculaires, source continuelle d'écoulements sanguins et fétides dont elle fut débarrassée en quelques secondes, et dont les effets disparurent à l'instant.

Obs. XXII. — *Polypes vésiculaires remplissant le col de la matrice. — Excision. — Guérison.* — Madame F..., âgée de trente ans, place Saint-Michel, mariée depuis dix ans, et n'ayant jamais eu d'enfant, éprouvait depuis plusieurs années des douleurs à la matrice avec tiraillement dans les aines et pesanteur au fondement. Cette malade avait des écoulements en blanc et en rouge tellement abondants, qu'elle était obligée de se garnir. Divers médecins avaient été vainement consultés, et leurs soins, long-temps continués, n'apportèrent aucun soulagement à son état, Madame F... désirant voir cesser son indisposition, qu'elle croyait avec quelque raison s'opposer à ce qu'elle eût des enfants, M. le docteur Jacquemin fils l'adressa à M. Dupuytren. Tous deux l'ayant touchée et examinée ensuite au spéculum, constatèrent l'existence d'un grand nombre de petits polypes rouges, vasculaires, ramassés en grappe et remplissant le col de la matrice; ils furent enlevés à l'aide de ciseaux, et la plaie occupée par leur pédicule fut cautérisée avec un cylindre de nitrate d'argent, monté sur un porte-caustique. Il ne survint aucun accident; les écoulements, les douleurs cessèrent, et cette malade, qui n'avait pas encore eu d'enfant, devint enceinte deux mois après l'opération, et accoucha à terme d'un enfant bien portant (1).

Obs. XXIII. — *Pertes utérines. — Procidence du museau de tanche. — Polypes muqueux. — Excision. — Hémorrha-*

(1) M. Marx, Thèse.

gie. — *Tamponnement.* — Au mois de décembre 1831, on admit à l'Hôtel-Dieu une femme de quarante-cinq ans environ, ayant eu plusieurs enfants, et sujette à des hémorrhagies utérines abondantes. Le toucher fit reconnaître dès l'entrée du vagin une tumeur que l'on pouvait prendre pour un polype, ayant un pédicule ou du moins offrant un rétrécissement assez considérable en arrière ; un examen plus attentif montra que cette tumeur avait la consistance et l'aspect du tissu du col utérin. Le museau de tanche était libre à gauche, et l'on comprend comment cette femme a pu ainsi concevoir et porter à terme ses enfants.

Convaincu que l'excision était préférable à la ligature dans les cas de polype, en ce qu'elle n'expose que fort rarement à des hémorrhagies dont le tamponnement du vagin rend assez aisément maître, en ce que le séjour du polype après la ligature donne lieu à de graves accidents et même à la mort, par l'inflammation ou l'absorption que développe cette tumeur putréfiée, M. Dupuytren se résolut à exciser la tumeur produite par le prolongement du col de l'utérus.

Elle fut saisie avec des pinces de Museux, la malade faisant des efforts d'expulsion ; le pédicule fut excisé, et avec lui on emporta deux petits polypes muqueux fort irrités, auxquels étaient dues les hémorrhagies que n'aurait pu déterminer la procidence. Au centre de ce prolongement se retrouva l'enfoncement digitiforme dans lequel était un troisième petit polype muqueux fort irrité.

Cette opération fut simple et peu douloureuse ; une artériole donna un jet de sang ; elle ne fut pas liée, mais on recommanda de surveiller la malade. Cela fut fait, et l'hémorrhagie s'étant renouvelée dans la journée de l'opération et ne s'arrêtant pas après un écoulement de trois ou quatre palettes, on tamponna le vagin avec des boulettes de charpie. Un bandage en T double soutint la charpie. La malade put ainsi uriner et aller à la garderobe. Le sang s'arrêta complétement, et au bout de quelques jours la malade entra en convalescence et quitta l'hôpital.

DE QUELQUES AUTRES AFFECTIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Un dixième environ des femmes malades depuis l'âge de quarante ans jusqu'à soixante, succombe à des affections des ovaires, de la matrice ou de son col. Sur ce nombre, beaucoup sont enlevées par des affections du col ou du museau de tanche. Ces dernières affections sont nombreuses et variées; les confondre serait s'exposer à de graves erreurs. Ainsi des praticiens ont cité des exemples de guérison de cancers de cet organe par les antiphlogistiques; ces praticiens se sont trompés et ont pris pour des cancers des engorgements inflammatoires chroniques. Ici donc, comme dans toutes les maladies, le premier pas à faire consiste à bien distinguer les affections qu'on veut traiter. Le col de la matrice peut être atteint: 1° d'un engorgement inflammatoire chronique; 2° d'un engorgement squirrheux; 3° d'une véritable ulcération cancéreuse; 4° de végétations fongueuses et carcinomateuses; 5° d'une exulcération superficielle de la membrane muqueuse.

Voyons quels sont les moyens de distinguer ces maladies et d'éviter une méprise, souvent fâcheuse; et d'abord, indiquons, dit M. Dupuytren, leurs symptômes communs.

Ces affections peuvent indifféremment donner lieu à une sensation de gêne, de volume, de pesanteur dans le bassin, de volume et de pesanteur à l'orifice du vagin, de pesanteur au fondement; à des douleurs dans les reins, à des tiraillements dans les aines et à la partie interne et supérieure des cuisses, à un sentiment de fatigue tel, que les malades ne peuvent se tenir pendant long-temps debout. Elles peuvent donner lieu à une sensibilité si exquise, que les rapports sexuels deviennent insupportables, que les femmes ne peuvent même souffrir les injections les plus émollientes; des flueurs de couleur variée, blanches, jaunes, verdâtres, et d'une puanteur repoussante et caractéristique s'établissent; les digestions se troublent, la nutrition s'altère, le corps jaunit. Elles peuvent enfin donner lieu à des écoulements de séro-

sité sanguinolente, de sang noir ou rouge, lesquels peuvent être portés jusqu'à l'épuisement et à l'anémie la plus complète. Voilà pour les symptômes communs ; voici maintenant les signes distinctifs :

1° Dans l'engorgement inflammatoire du col de l'utérus, les malades éprouvent la sensation d'une chaleur inaccoutumée dans le vagin et le col de l'organe ; cette chaleur est perçue par le doigt du médecin qui l'explore ; mais on ne rencontre ni fongosités ni ulcérations ; et si l'on examine avec le spéculum, on aperçoit l'augmentation de volume, on voit le col saigner au moindre contact, mais le sang sort par exhalation des vaisseaux capillaires ; cette maladie est le plus souvent consécutive à des excès dans le coït ; quelquefois elle est produite par un vice dartreux, par une évacuation supprimée, telle que les règles, les hémorrhoïdes, etc. C'est de toutes, avec l'exulcération muqueuse, la plus curable sans contredit.

2° Le squirrhe du col diffère de l'engorgement inflammatoire chronique, en ce que le contact ne donne lieu à aucun écoulement de sang, en ce que les parties voisines du vagin participent moins de la maladie ; les douleurs lancinantes qui l'accompagnent l'en distinguent d'une manière tranchée, mais ces douleurs existent dans le cas d'ulcère cancéreux, et c'est alors la présence ou l'absence d'une solution de continuité et le plus ou moins de dureté des parties qui décident du diagnostic ; quand le mal est avancé, les glandes inguinales s'engorgent.

3° Dans l'ulcération cancéreuse, on sent avec le doigt une solution de continuité à bords durs, à surface inégale ; le spéculum est ici d'un grand secours pour le diagnostic, il permet de découvrir la taille à pic des bords, la couleur grisâtre du fond de l'ulcère ; l'écoulement est souvent simplement séreux, mais d'une abondance telle, qu'en peu d'instants plusieurs serviettes en sont traversées ; il peut aussi avoir diverses couleurs, mais il est toujours très fétide ; l'ulcère, en s'étendant du côté de la vessie et du rectum, finit par user leurs parois, par transformer le vagin en un cloaque

infect qui sert de passage à l'urine, aux matières fécales et à l'écoulement provenant de la matrice; c'est de toutes les variétés la plus redoutable, la plus difficile à guérir.

4° Quant à la dégénérescence fongueuse et carcinomateuse, elle est aisée à reconnaître. Le doigt ne rencontre aucune solution de continuité; il trouve une augmentation de volume avec un ramollissement marqué; le moindre attouchement amène un écoulement de sang assez considérable, et, circonstance importante à noter, les femmes se plaignent presque toujours au second médecin qui est appelé auprès d'elles, de la brutalité du premier, qui, suivant elles, a mis si peu de ménagement à les toucher qu'il a fait abondamment saigner les parties. Dans ce cas, on détache aisément avec le doigt des portions plus ou moins considérables de végétations molles, grises et friables. Cette maladie peut être confondue avec une autre maladie bien différente, les polypes excoriés à leur portion inférieure. Le premier, M. Dupuytren a signalé une erreur qui peut être et a été commise plus d'une fois. Des médecins trop légers, des médecins d'un grand mérite même, ont pris et prennent encore tous les jours des polypes fibreux pour une dégénérescence fongueuse. (Voir l'observation IV.)

Comment donc distinguer le polype de la dégénérescence fongueuse et carcinomateuse? c'est en portant profondément le doigt autour de la tumeur, en le faisant remonter jusqu'à son pédicule; on sent ce pédicule distinct du col dans lequel il s'enfonce; avec les pinces de Museux on peut d'ailleurs attirer au-dehors la tumeur à la partie inférieure de laquelle existe souvent une exulcération superficielle, et semblable en tout à la variété des maladies du col de l'utérus, que nous allons indiquer.

5° Enfin l'exulcération muqueuse du col peut être aisément méconnue si l'on se contente de l'exploration faite avec le doigt; on peut croire alors à l'existence d'un cancer profond de l'organe; mais, au moyen du spéculum, le mal est facilement découvert; le museau de tanche et le col étant introduits dans la partie supérieure du spéculum, on aperçoit

une ulcération superficielle sur l'une ou l'autre lèvre du museau de tanche, ou sur la face externe du col, ulcération rougeâtre, qu'on dirait faite avec un emporte-pièce, bornée à la membrane muqueuse, et qu'on ne saurait mieux comparer qu'à l'ulcération du nez appelée ozène, ou à ces ulcérations superficielles qui se manifestent sur les membranes muqueuses adossées à des parois solides dont elles sont à peine séparées; ulcération qui cependant amène à sa suite la mort des malades, si le chirurgien ne leur apporte un secours salutaire. Cette maladie a été prise quelquefois pour un cancer.

Un praticien fort distingué donnait des soins à une dame, rue d'Anjou-Saint-Honoré : cette dame avait des pertes, tantôt blanches, tantôt rouges, de la douleur aux aines, aux reins, de la pesanteur à la matrice. Ce médecin l'avait condamnée et avait aussi désigné le terme de la vie. M. Dupuytren fut consulté; le toucher lui fit reconnaître l'erreur du premier diagnostic; mais la réputation du médecin qui l'avait précédé lui inspira de la défiance en lui-même. Cependant, au moyen du spéculum, il aperçut, au lieu d'un cancer, sur les deux lèvres du museau de tanche, une exulcération irrégulière et à bords frangés d'un quart de ligne de profondeur; dès lors M. Dupuytren prononça qu'il n'y avait pas cancer, et après quelques cautérisations, la malade, qui devait périr en quelques mois, fut entièrement guérie; sa santé n'a, depuis lors, subi aucune altération.

Traitement. — Les distinctions précédentes seraient vaines et purement scolastiques si elles n'amenaient des résultats importants pour la pratique. Conseiller l'amputation ou la cautérisation dans tous les cas indifféremment de maladies du col de l'utérus serait, sans aucun doute, manquer de sagacité ou de bonne foi. Si l'on a affaire à un engorgement inflammatoire chronique, les antiphlogistiques, saignées générales et locales à l'anus ou au museau de tanche, aux aines et aux reins, les injections émollientes, les bains, et enfin deux larges cautères au bas des reins, tels sont les moyens que l'on doit employer, et avec lesquels on a obtenu et on obtiendra une guérison facile.

Dans le squirrhe, les mêmes moyens doivent être employés, mais seulement comme palliatifs, et les chances de succès sont infiniment moindres. Quant au cancer du col, c'est une maladie presque toujours incurable; et à moins d'être appelé dans le principe, ce qui est fort rare, la cautérisation ou l'excision serait dangereuse, inutile, et presque impossible, à cause de l'étendue du mal. Pour les végétations fongueuses et carcinomateuses, elles peuvent être enlevées, sans doute, quand le mal est commençant; mais elles sont très sujettes à repulluler; si la maladie est plus avancée, si le volume de ces tumeurs est considérable, on peut procurer aux malades un soulagement passager en excisant les fongosités au niveau du col de l'utérus ou du museau de tanche. Mais il n'en est pas de même pour l'exulcération superficielle; ici le praticien a bien plus d'espoir de succès, et l'art offre un secours bien plus puissant.

Deux méthodes, l'*excision* et la *cautérisation*, isolées ou combinées, peuvent être employées dans le traitement des maladies du museau de tanche et du col de l'utérus; voici ce que M. Dupuytren pense de ces deux méthodes et la manière dont il conseille de les employer.

Plus utile dans les cas de végétations et de cancer, lorsque ce dernier ne dépasse pas le col de la matrice, l'excision doit être pratiquée, non comme le voulait Osiander, en traversant le col de l'utérus avec des aiguilles armées de fils, procédé véritablement vicieux, mais en l'abaissant au moyen des pinces-érignes de Museux, que M. Dupuytren a, le premier, mises en usage dans ce cas. Par ce procédé, l'opération est bien plus facile, et l'on ne s'expose pas à déchirer les parties, ce qui a infailliblement lieu avec les aiguilles, dans le cas de végétations surtout. Le col étant saisi avec les pinces de Museux, on l'amène avec assez de facilité à l'ouverture externe du vagin, pourvu qu'on ait eu le soin de faire coucher la femme sur le dos, la tête et la poitrine fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, et qu'elle seconde l'opération par des efforts soutenus d'expulsion. Les pinces ont dû être conduites jus-

qu'au col de l'utérus avec ou sans le secours du spéculum. Alors, avec un bistouri boutonné, ou mieux avec des ciseaux très forts et courbés sur leur plat, on excise en deux, trois ou quatre coups la totalité du col.

Si la maladie est moins étendue, si l'on a affaire à une simple exulcération de la membrane muqueuse ou à des végétations très bornées, la cautérisation est préférable. La potasse caustique traitée par l'alcool, le nitrate d'argent, l'acide nitrique, le nitrate de mercure dissous dans l'acide nitrique, tels sont les caustiques que l'on peut employer. M. Dupuytren avait songé à employer l'acide fluorique, mais la rapidité instantanée, la violence de son action l'ont effrayé. Dans un cas de maladie du doigt, ce caustique, mis en usage par ce professeur, a produit un délire extraordinaire, et la prudence lui a conseillé d'y renoncer. La potasse caustique taillée en cônes offre l'inconvénient de n'agir que fort lentement, d'attirer avec trop de rapidité l'humidité de l'air; le nitrate d'argent, aussi taillé en cônes, agit plus promptement et se liquéfie moins rapidement. Ces deux caustiques seront employés de préférence quand il faut agir sur le col. Dans les autres cas, le dernier caustique paraît le plus avantageux à M. Dupuytren. Pour les deux premiers, les cônes introduits dans la cavité du col de l'utérus doivent être laissés dix minutes environ; dans le troisième, les bourdonnets de charpie trempés dans l'acide nitrique sont mis en contact avec le mal; le nitrate de mercure dissous dans l'acide nitrique y est porté de la même manière; mais auparavant on a soin de placer au bas de la partie ulcérée un cylindre de charpie sèche, destinée à préserver les parois du vagin de l'action des parties liquides du caustique qui pourraient se glisser entre l'extrémité du spéculum et ses parois, et après avoir soigneusement abstergé la surface de l'ulcère et essuyé l'intérieur du spéculum, le caustique est porté et laissé en contact avec l'ulcère pendant une minute environ. Une injection copieuse est faite ensuite, et sert à laver la surface cautérisée et à entraîner les portions non combinées du caustique, puis la boulette de charpie et le spéculum sont retirés.

Les exemples de métrite à la suite de ces opérations sont devenus fort rares depuis que M. Dupuytren a adopté la pratique de faire aussitôt plonger les malades dans le bain. L'hémorrhagie est aussi fort rare après l'excision, et sur trente-six ou quarante observations, une ou deux métrites, une seule hémorrhagie un peu inquiétante, sont survenues. La douleur est presque nulle, mais les récidives sont fréquentes, et depuis dix ans, un petit nombre seulement de guérisons complètes ont eu lieu dans le nombre des malades qu'a traitées M. Dupuytren. La cautérisation, employée plus souvent, a procuré vingt-cinq succès, et prolongé l'existence d'un plus grand nombre de malades.

Mais quels moyens doit-on mettre en usage quand on est appelé trop tard, que le mal a fait des progrès tels qu'aucune opération ne saurait être tentée. Les injections dans le vagin avec la morelle, la jusquiame, le laudanum, échouent constamment; elles ne séjournent pas et ne procurent aucun soulagement. M. Dupuytren ayant reconnu leur insuffisance, a eu l'idée d'en faire dans le rectum au moyen d'une seringue à oreille; cinq à six gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau de guimauve suffisent pour les premières injections; la dose en est successivement augmentée; mieux gardées dans le rectum, ces injections y séjournent jusqu'à dix heures, et le calme revient ordinairement au bout d'une heure. L'expérience a encore appris à M. Dupuytren que le rectum n'altère par aucune digestion les matières que l'on y porte : aussi des doses minimes d'opium ont une action bien plus vive dans cet organe que dans l'estomac. Appelé il y a quelques années auprès d'une malade soignée par le célèbre Hallé, ce dernier, après avoir montré de l'incrédulité dans l'action du moyen proposé par M. Dupuytren, finit par y consentir, mais prescrivit deux gros de laudanum en injection dans le rectum; un profond narcotisme en fut le résultat; quelques gouttes furent employées ensuite, et le soulagement eut lieu sans accident.

ARTICLE VIII.

DE L'ONGLE RENTRÉ DANS LES CHAIRS.

J'avais toujours été frappé, dit M. Dupuytren, de la fréquence de la déviation de l'ongle du gros orteil et de la repullulation de cette maladie, malgré tous les moyens employés contre elle. Persuadé que, pour la combattre avec succès, il fallait étudier avec soin les causes qui lui donnent lieu, j'examinai les malades qui présentaient cette difformité, et je parvins bientôt à reconnaître qu'il existait deux variétés importantes qui exigeaient un mode de traitement entièrement différent.

Avant d'entrer en matière, quelques détails anatomiques, rapidement exposés, sont ici indispensables. Et d'abord, il faut bien spécifier quels sont ces organes que nous désignons sous le nom d'*ongles*, c'est-à-dire, si nous entendons dénommer ainsi ces productions épidermiques, cornées, qui s'étendent sous la forme de plaques dures et oblongues, à l'extrémité dorsale de tous les doigts, indépendamment des parties molles qui leur adhèrent; ou bien si, à l'exemple de quelques anatomistes, nous considérons comme faisant partie de l'ongle proprement dit, cette portion modifiée du derme qui lui est subjacente; en un mot, si nous voulons parler simplement de l'organe sécrété, ou de cet organe réuni à son organe sécréteur? Cette distinction est essentielle; car, dans le premier cas, nous ne devons point parler de *maladies des ongles*, il n'y en a point; l'ongle ne peut jamais être malade, puisque l'état de maladie suppose nécessairement l'état d'organisation; dans le second cas, au contraire, l'expression deviendrait parfaitement exacte. Afin de prévenir à ce sujet toute difficulté, je commencerai par établir que je crois devoir adopter la première opinion; il me semble que deux organes aussi différents ne peuvent être confondus, et que la

matrice de l'ongle n'est pas plus l'ongle, que le bulbe du poil n'est le poil lui-même. Cela posé, examinons l'ongle en lui-même et dans ses rapports. Tout le monde sait qu'on y reconnaît trois parties : 1° la *racine*, ou partie postérieure ; 2° le *corps*, ou partie moyenne ; 3° *l'extrémité libre* ou antérieure, et deux faces, l'une interne et l'autre externe : qu'il nous suffise d'avoir indiqué ces divisions ; ce qui nous importe le plus, c'est la connaissance des rapports de l'ongle avec la peau qui l'environne.

Si l'on suppose que la peau ait été tendue et la partie postérieure de l'ongle refoulée en arrière, de manière à s'enfoncer dans cette portion de la peau, évidemment celle-ci aura été reployée sur elle-même; elle présentera un bord concave, aminci, semi-lunaire, et l'ongle, à sa partie postérieure et sur ses côtés, sera contenu entre les deux plis de cette enveloppe, tandis qu'il sera adhérent à la peau par sa face interne, et libre par sa face externe. Il résulte de cette disposition que l'ongle n'a de connexions qu'avec l'épiderme, qui, formant la couche la plus extérieure de la peau, offre partout les mêmes plis et les mêmes inégalités que les couches internes qu'il recouvre. Ainsi l'ongle, proprement dit, n'est réellement qu'une portion de l'épiderme, plus épaisse que de coutume, et se détachant comme lui des couches inférieures de la peau.

Si l'on observe le derme qui est subjacent à l'ongle, on voit manifestement qu'ils ne tiennent aucunement l'un à l'autre, mais que ce derme, plus mou et surtout plus vasculaire que dans les autres parties, est garni supérieurement de fibres longitudinales, qui sont elles-mêmes en rapport avec des fibres également longitudinales de l'épiderme épaissi ; de sorte que l'on peut comparer, selon l'ingénieuse idée de Meckel, les fibres du derme aux papilles tactiles, et la face inférieure et interne de l'ongle au réseau muqueux de Malpighi. Quant à la portion dure et cornée, elle n'offre rien de remarquable, sinon sa nature absolument inorganique, sa structure parfaitement homogène, et sa ressemblance complète avec l'épiderme dont la substance se confond avec la sienne.

M. Dupuytren, considérant comme l'organe producteur de l'ongle la partie de peau dans laquelle il s'enfonce, et qui se replie sur les bords de sa circonférence, lui a donné le nom de *matrice de l'ongle*. Il a appelé l'attention des praticiens sur l'inflammation de cet organe, et après l'avoir soigneusement distinguée de la maladie connue sous le nom d'*ongle entré dans les chairs*, il a proposé des moyens de traitement parfaitement sûrs et rationnels pour la guérison de ces deux espèces de maladies.

J'ai fait observer plus haut qu'il ne peut y avoir de maladies des ongles; l'état morbide appartient uniquement à la peau qui les environne; toutefois, comme il arrive presque toujours que l'ongle lui-même est altéré consécutivement à l'affection de la peau, on s'est arrêté à cette apparence, et l'on a pris le symptôme pour la maladie, du moins dans le langage chirurgical. En général, on doit s'étonner du peu de soin qu'ont donné les auteurs à l'histoire de ces maladies, du défaut de méthode qu'ils ont apporté dans leur exposition, et par suite, de la manière fausse et incomplète dont ils ont présenté la question. Cependant les douleurs atroces que ces affections font endurer aux malades, et les difficultés extrêmes qu'éprouve souvent le chirurgien dans leur traitement, suffisaient sans doute pour appeler sur cet objet une attention toute particulière.

Les affections morbides de la peau qui environne les ongles sont toujours de nature inflammatoire, mais l'inflammation peut varier dans ses caractères et dans ses résultats, en raison de la variété même de la cause morbide. Tantôt cette cause est étrangère à l'organisation, tantôt elle est propre à l'organisation.

Dans le premier cas, il peut arriver que la cause extérieure ait agi directement et spécialement sur l'ongle, et que celui-ci, modifié physiquement, soit dans sa substance, soit dans sa forme, soit dans sa direction, ait à son tour changé l'état de la peau qui lui adhère; alors il semble que ce soit vraiment une maladie de l'ongle; mais peu importe; tant que la peau n'est point intéressée, il n'existe aucune maladie,

et celle-ci ne commence que du moment où la peau est affectée; à cette époque seulement surviennent et la douleur, et tous les signes caractéristiques de l'inflammation.

Dans le second cas, la maladie paraît aussi quelquefois débuter par l'altération de l'ongle ; mais alors, il est bien évident que l'ongle n'est altéré que parce que la peau, modifiée elle-même d'une manière quelconque, a sécrété une substance qui n'était point dans les conditions ordinaires; ainsi, c'est d'abord la peau qui est affectée; d'où, altération de l'ongle, et par suite de cette altération, maladie de la peau voisine. Mais s'il est vrai, et cela me paraît incontestable, qu'il n'y ait dans tous ces divers cas qu'une seule maladie, c'est-à-dire, l'inflammation de la peau qui est en rapport avec l'ongle, il y aura donc, suivant le siége particulier de cette maladie, et suivant le degré et l'intensité de l'inflammation, des indications toutes différentes, et la nécessité d'un traitement qui ne sera pas le même dans tous les cas. C'est ici que les observations cliniques de M. Dupuytren sont extrêmement importantes. Ce professeur célèbre a jeté, en effet, un jour tout nouveau sur la question, en établissant le premier une distinction bien marquée entre les diverses affections de la peau des ongles, selon qu'elles ont leur siége aux parties extrêmes et latérales du doigt, ou bien qu'elles occupent le repli postérieur qui donne naissance à l'ongle; selon que la maladie résulte de l'action funeste de l'ongle altéré sur les chairs voisines, ou bien qu'elle débute par l'inflammation de la peau qui lui sert de matrice. Occupons-nous d'abord des affections du premier genre.

L'ongle, comme nous l'avons dit, peut être altéré dans sa substance, dans sa forme, dans sa direction; cette altération peut dépendre, soit d'une cause extérieure qui agisse spécialement sur lui, soit d'un dérangement quelconque dans les fonctions de la peau qui le sécrète, dérangement qui peut être dû lui-même à une cause propre à l'organisation, ou bien à une cause étrangère à l'organisation. Toutes les fois que l'ongle est altéré, il arrive toujours, en raison même de sa conformation, qu'il se porte vicieusement sur les chairs qui

l'avoisinent, et qu'il s'enfonce dans leur épaisseur ; c'est là cette maladie si connue sous le nom d'*ongle entré dans les chairs*, *ongle incarné* (de Monteggia), *resserrement de l'ongle* (de Plenck), et que j'aime mieux appeler *incarnation de l'ongle;* maladie avec laquelle presque tous les auteurs ont confondu les autres affections morbides de la peau des ongles.

Cette maladie ne s'observe jamais à la main ; elle a pour siége ordinaire le gros orteil ; quelquefois cependant, quoique beaucoup plus rarement, les autres orteils l'ont présentée. Si l'on se rappelle la conformation de l'ongle, l'aplatissement de son corps, la direction des angles, sa situation dans l'épaisseur de la peau qui l'environne et le recouvre, on concevra facilement qu'une chaussure trop étroite, ou du moins mal faite, exerçant sur l'ongle une compression habituelle, appliquera violemment les angles aux parties de la peau sur lesquelles ils reposent. Peu à peu ces angles, toujours plus ou moins acérés et tranchants, s'enfonceront dans cette peau avec d'autant plus de facilité qu'elle sera elle-même repoussée en haut et en dehors, et tendra davantage à les recouvrir ; enfin l'irritation accrue encore par la marche donnera bientôt lieu à une inflammation très douloureuse. Telle est en effet la cause la plus ordinaire de l'incarnation du bord interne du gros orteil.

On a pensé que l'habitude qu'ont plusieurs personnes de couper en rond l'ongle du gros orteil contribue à la production de cette maladie. M. Brachet, de Lyon, l'attribue à la pression des chairs pendant la station et la marche, contre les angles qui les irritent et finissent par les diviser. M. Patissier, considérant que les ouvriers, qui portent ordinairement des chaussures larges et qui ne coupent guère leurs ongles en rond plus qu'en carré, sont plus particulièrement atteints de cette maladie, la fait dépendre chez eux de la négligence même qu'ils apportent à couper leurs ongles ; ceux-ci, en effet, ayant acquis une croissance extraordinaire, se roulent en dedans, deviennent forts, solides, résistants, et affectent d'autant plus cette mauvaise direction, qu'on s'op-

pose moins à ses progrès. « S'il est de fait, ajoute ce médecin, que le bord interne de l'ongle pénètre plus souvent dans les chairs que l'externe, n'est-ce pas parce que nous avons l'habitude, dans la progression, d'appuyer plus sur le côté interne du pied que sur l'externe? Et si le gros orteil y est plus exposé, cela ne tient-il pas à son action plus considérable dans la marche? » Enfin, on a fait observer que l'incarnation des ongles pouvait résulter aussi de la convexité trop prononcée, et de l'épaisseur trop grande de ces organes, qui, au lieu de céder et de s'aplatir en raison des pressions exercées sur eux, résistent avec force, et enfoncent leurs bords dans les tissus voisins. Toutes ces causes diverses agissent quelquefois en même temps chez un même sujet, et le plus souvent aucune d'elles n'existe seule.

Presque toujours aussi l'affection commence par le point de réunion du bord antérieur de l'ongle avec son bord latéral. Cette disposition, ajoute M. Dupuytren, paraît tenir à ce que le bourrelet formé par les chairs, gênant l'action des ciseaux lorsqu'on veut couper l'ongle, on s'arrête presque toujours avant d'avoir retranché la totalité de son bord antérieur, et surtout l'angle qu'il forme par sa réunion avec le bord latéral correspondant. Cette disposition permet à l'ongle, resté intact, de s'accroître; il forme bientôt une pointe aiguë qui pique et entame les chairs, et donne en quelque sorte le signal de l'ulcération, qui s'étend bientôt le long du bord correspondant de l'ongle. Ce fait est si positif qu'on retrouve constamment cette pointe sur les ongles que l'on arrache. Nous venons d'indiquer les causes qui produisent le plus ordinairement la première variété d'ongle incarné. Etudions maintenant les phénomènes de la maladie.

A peine l'ongle a-t-il entamé la peau qu'il recouvre que déjà la douleur est très vive. La marche et même la station deviennent insupportables; un suintement séreux, séro-purulent s'établit dans le lieu affecté; et si le malade essaie de se livrer à quelque exercice, le pied tout entier se tuméfie. Cependant la douleur va toujours croissant, le suintement devient plus abondant, le pus sanieux qui s'écoule répand une

odeur d'autant plus fétide qu'elle se mêle à celle de l'humeur perspiratoire que fournissent les pieds. Les malades, tourmentés par la douleur, s'efforcent de soulever leur ongle, ils le coupent en arrière, et ces moyens, qui produisent quelquefois un soulagement momentané, bien loin de guérir leur affection, ajoutent encore aux difficultés du traitement. Enfin, si ce mal est abandonné à lui-même, l'ulcère qui en résulte passe quelquefois à l'état cancéreux, quelquefois se recouvre d'énormes végétations, et parfois même l'inflammation se propageant au périoste, donne lieu bientôt à la carie et à la nécrose d'une ou plusieurs phalanges.

Cette affection peut quelquefois être confondue mal à propos avec d'autres maladies.

Obs. I. — *Ongle rentré dans les chairs. — Division de l'ongle. — Avulsion. — Guérison.* — M. le marquis de C... souffrait depuis plus de huit ans de son gros orteil gauche; il avait déjà consulté plusieurs médecins, qui tous l'avaient traité pour une affection goutteuse. Depuis ce temps, M. C... avait épuisé les spécifiques connus contre cette maladie; les douleurs cependant persistaient. Ne pouvant marcher, il consulta enfin M. Dupuytren, qui reconnut aussitôt que l'ongle rentré dans les chairs était la seule cause de tous ces accidents, et que son avulsion les ferait cesser. Le malade eut quelque peine à croire qu'il n'avait pas la goutte, car depuis huit ans il s'était habitué à vivre dans cette persuasion; cependant il se décida à l'opération : l'ongle fut divisé en deux à l'aide d'un trait de ciseaux ; des pinces à disséquer servirent à arracher chaque portion d'ongle. Un pansement simple fut fait; et le malade, parfaitement guéri au bout de quelques jours, fut dès lors délivré de la goutte et de tous les remèdes qu'elle lui avait valus depuis si long-temps (1).

Abandonné à lui-même, l'ongle rentré dans les chairs n'est pas susceptible de guérison ; la maladie tend au contraire à faire des progrès. Outre les douleurs intolérables qu'elle cause au malade, elle peut déterminer des accidents : la

(1) Observation recueillie par M. Marx.

prudence et l'expérience font donc une loi à l'art de la combattre.

Plusieurs moyens de traitement ont été proposés en divers temps contre l'incarnation de l'ongle. Les auteurs citent ordinairement celui d'Albucasis (1) et de Paul d'Égine (2), qui soulevaient l'ongle avec un stylet, enlevaient les chairs fongueuses et détruisaient le reste par les caustiques. Ils rapportent encore celui d'Aquapendente et de Fabrice de Hilden, qui, pour relever l'ongle, se servaient d'une spatule et d'un petit cylindre de charpie sèche, qu'ils plaçaient entre l'ongle et la pulpe de l'orteil, afin que la compression, d'une part, déprimât les chairs fongueuses et les fît disparaître, et de l'autre part, éloignât l'ongle des chairs, et rendît superficiel son bord, qui était ensuite aminci et excisé.

De tous les moyens opératoires, le plus connu et le plus généralement adopté fut celui de Desault. Il se proposa de tenir constammeut écartée des chairs la portion d'ongle qui les avait divisées, afin que, la cause cessant, les effets cessassent également. Le procédé qu'il employa pour y parvenir fut une modification de celui de Fabrice d'Aquapendente. Desault (3) imagina d'introduire sous le bord de l'ongle incarné une petite lame de fer-blanc plus ou moins large, suivant l'étendue de son bord, mais offrant généralement un pouce et demi de longueur sur trois ou quatre lignes de largeur, afin que cette lame, recourbée au côté interne et audessous du gros orteil, comprimât les chairs et les rabattît en quelque sorte à leur niveau ordinaire, en même temps que l'ongle était soulevé par le corps étranger. La pulpe de l'orteil était recouverte avec un plumasseau de charpie enduit de cérat, et cet appareil était maintenu au moyen d'une petite bande roulée. Le pansement était renouvelé tous les trois jours, et, au moment de chaque pansement, le pied était baigné pendant plus ou moins long-temps dans une dé-

(1) L. II, chap. XCI.

(2) L. IV, chap. LXXXV.

(3) *Journal de chirurgie*, tome IX, page 218.

coction émollente. Peu à peu les chairs s'affaissaient, et l'ongle s'accroissant, les surmontait de plus en plus ; alors les pansements devenaient moins douloureux, et lorsqu'enfin l'ongle avait débordé tout-à-fait les chairs, la guérison était complète. On cite, dans le *Journal de chirurgie* de Desault, l'observation d'une jeune fille qui fut guérie, au bout d'un mois, par l'emploi de cette méthode. Depuis Desault, on a proposé de se servir d'une lame de plomb au lieu d'une lame de fer-blanc ; mais on a fait remarquer avec raison que le plomb ne peut être substitué au fer-blanc, au moins dès les premiers temps de la cure ; car le plomb, faute de consistance, se recourbe, et ne s'engage qu'avec beaucoup de difficultés au-dessous de l'ongle : on peut tout au plus se servir de ce métal plus flexible vers la fin de la maladie. Quoi qu'il en soit, le procédé de Desault est loin d'être aussi avantageux qu'on l'a cru d'abord. Sans parler des violentes douleurs qu'il détermine pendant les premiers temps du traitement, et qui se renouvellent à chaque pansement, il est souvent nécessaire d'en faire durer l'emploi pendant un temps fort long ; deux, trois, et même six mois ne suffisent pas toujours ; quelquefois il est totalement infructueux, et dans tous les cas, il offre le grave inconvénient de comprimer durement les tissus déjà irrités. Toutefois ce moyen est celui que la plupart des médecins adoptent le plus généralement.

M. Guilmot (1), attribuant à la pression que la chaussure exerce sur l'ongle l'enfoncement dans les chairs de l'angle qui est formé par la réunion du bord interne et du bord antérieur de cet organe, a proposé d'enlever cet angle en le coupant suivant une ligne tirée du milieu du bord antérieur et se rendant au milieu du bord interne, puis de maintenir l'ongle très court dans tout le reste de son étendue. « Chez quelques personnes, dit M. Guilmot, cette opération, qui n'en mérite vraiment pas le nom, se réduit à couper l'ongle le plus près possible dans le sens indiqué. Si l'angle interne est fortement appliqué contre la pulpe de l'orteil, après avoir

(1) *Journ. de médec. milit.*, par MM. Biron et Fournier, 2e cahier.

fait prendre un bain de pieds, on le soulèvera doucement au moyen d'une lame mince et non tranchante, et l'on coupera peu à peu, autant qu'il sera nécessaire. Il faut absolument couper l'ongle très souvent dans le même sens. Un accessoire utile sera de porter la chaussure un peu longue, assez serrée sur le métatarse pour que le gros orteil ne s'enfonce pas jusqu'au bout. » M. Guilmot s'est délivré, par l'emploi de ce procédé, d'un ongle entré dans les chairs, qui le faisait souffrir depuis quinze années, et depuis cette époque il est complétement guéri de cette maladie. Du reste, il assure beaucoup d'autres succès. Néanmoins, ce procédé est, en général, peu efficace, et son effet est plutôt de soulager que de guérir.

M. Brachet (1) a proposé aussi une nouvelle méthode de traitement, dont il a obtenu, dit-il, un succès complet sur plus de quinze malades, et qui consiste à enlever, à l'aide d'un instrument tranchant, toutes les chairs qui sont placées en dehors de l'ongle, et qui dépassent cet organe. « Voici, ajoute ce chirurgien, le procédé que j'ai mis en usage dans tous les cas : je pratique mon opération en deux temps; dans le premier, le pied du malade, reposant sur mes genoux, est fixé par un aide; je prends le bout de l'orteil avec la main gauche, et avec la droite, tenant le bistouri comme une plume à écrire, le tronc de la lame tourné vers le métatarse, je le plonge verticalement en dehors du tour de l'ongle, entre cette substance cornée et la portion de chair excédant dans la traverse de la face dorsale à la face plantaire; puis ramenant mon bistouri en arrière et en dehors, je fais un lambeau, libre postérieurement, et retenu antérieurement par sa base. Dans le second temps, je saisis ce lambeau avec des pinces, et tournant en devant le tranchant du bistouri, je le promène tout le long du bord de l'ongle, et enlève d'un seul trait toutes les chairs qui le dépassent La maladie est convertie en une petite plaie, d'où s'écoule fort peu de sang; l'inflammation est à peine sensible; une suppuration de

(1) *Rec. pér. de la Soc. de méd.*, tome LVIII, page 317.

bonne qualité s'établit pendant quelques jours, et bientôt une cicatrice solide permet les marches les plus forcées sans crainte de récidive. »

M. Sommé, chirurgien à Anvers, propose d'enlever d'abord la portion d'ongle qui est entrée dans les chairs, puis de remplir la cavité où cette portion était reçue avec de la poudre d'alun calciné, afin de sécher le fond de l'ulcération, et d'empêcher la croissance ultérieure de l'ongle.

M. Blaquière pratique l'opération suivante : il commence par amincir la moitié ou le tiers de l'ongle du côté malade, puis il l'incise de la base vers son bord libre et arrache toute la partie enfoncée dans les chairs et même au-delà ; il panse ensuite la plaie avec des bourdonnets imbibés de teinture de myrrhe et d'aloès, jusqu'à ce qu'elle se recouvre d'une cicatrice ferme, épaisse et presque insensible, sur laquelle on dirige la marche de l'ongle nouveau, en glissant sous son bord des bourdonnets de charpie qui l'éloignent des chairs et l'empêchent de s'enfoncer dans leur substance. Plusieurs fois, M. Blaquière a réussi, par ce procédé, à guérir les maladies les plus rebelles. Enfin, M. Astley Cooper recommande d'amincir l'ongle autant que possible avec le bistouri et d'introduire un petit rouleau de charpie sous la portion que l'on a dégagée des chairs ; cependant lorsqu'une inflammation trop vive s'oppose à l'introduction de la charpie, ce chirurgien arrache l'ongle avec des pinces (1).

Voilà un bien grand nombre de procédés divers, employés tous cependant dans un même but, celui de dégager l'ongle des chairs qu'il irrite, et de lui donner une nouvelle direction. Pour y parvenir, les uns enlèvent la portion d'ongle incarnée, les autres retranchent les chairs malades. Mais, évidemment, ces moyens de traitement, souvent infructueux, ne peuvent avoir ordinairement qu'un effet palliatif.

Si l'on détruit les chairs qui dépassent l'ongle latéralement, elles se reproduisent en partie ; et si peu qu'il en reste, lorsque, dans la progression, la pulpe du doigt s'élargira et

(1) *Lectures*, tome I, page 200.

formera un bourrelet de chair sur le côté du bord de l'ongle, celui-ci, conservant la même direction que précédemment, pourra s'enfoncer dans les chairs. Car il faut bien remarquer que M. Brachet, qui conseille ce procédé, s'appuie uniquement sur cette idée, que c'est la pression de la pulpe des orteils qui cause la maladie, en s'élevant d'un côté ou d'un autre autour de l'ongle ; et il en tire cette conséquence, que, pour obtenir la guérison, il faut enlever cette pulpe excédante. Mais il me semble que M. Brachet n'est pas dans la vérité. Cette pression, en effet, a lieu chez tous les individus; et cependant un très petit nombre présentent cette maladie ; tous les jours nous voyons des hommes qui, selon l'expression vulgaire, ont l'habitude de *marcher en dedans*, et chez lesquels par conséquent cette pression s'exerce avec plus de force ; sont-ils plus sujets que d'autres à l'incarnation de l'ongle? nullement ; c'est que la cause du mal est dans la conformation de l'ongle et dans la direction qu'il prend en raison de cette conformation ; c'est lui qu'il faut attaquer, sinon, il sera toujours là, menaçant, et prêt à blesser la peau voisine. Au lieu de resciser les chairs excédantes, enlève-t-on la portion d'ongle incarnée, c'est bien pour quelque temps; mais laissez-lui reprendre son accroissement naturel, et il va se porter de nouveau dans une direction vicieuse. Il est vrai qu'on pourra veiller sur son développement, le diriger convenablement ; mais on échouera presque toujours dans ses soins; et si parfois on réussit, ce sera dans des cas extrêmement rares. Sous ce rapport, le procédé de Desault, qui consistait à tenir constamment écartée des chairs, au moyen d'une petite lame de fer-blanc, la portion d'ongle qui les avait divisées ; ce procédé, disons-nous, semblait d'abord préférable, mais en y réfléchissant on conçoit que le succès ne peut être de longue durée. Cet ongle, qu'on a forcé à se porter au-delà des chairs latéralement, que deviendra-t-il? Il tendra toujours à se rouler en dedans de lui-même, et soit qu'on le coupe au niveau des chairs, soit qu'on le laisse croître et descendre sur le côté interne du doigt, il arrivera souvent qu'il entrera de nouveau

dans l'épaisseur de la pulpe digitale. On se demandera peut-être maintenant à quoi peuvent tenir les succès obtenus par les praticiens dans l'emploi de méthodes si différentes? En général, toutes les fois que la cause déterminante a été purement accidentelle, et que la structure propre de l'ongle n'a pas elle-même occasionné la maladie, le succès de ces méthodes dépend de l'époque où a commencé le traitement. Par exemple, qu'un ongle régulièrement conformé ait été comprimé par une chaussure étroite, ou contus par suite de quelque violence extérieure, si l'on essaie, peu de jours après la division de la peau, l'application du procédé de Desault, il est certain que les chairs subjacentes à l'ongle ne seront point encore assez irritées pour que la compression aggrave l'état d'inflammation où elles se trouvent, et que l'ongle d'ailleurs étant détourné du lieu où il s'était porté mal à propos, il n'y aura plus de raison pour que la maladie se reproduise. Mais, je le répète, toutes les fois que la cause du mal sera dans l'ongle lui-même, tous les procédés que nous avons fait connaître resteront plus souvent inutiles.

Frappé de ces inconvénients, dit M. Dupuytren, et ayant surtout égard à la cause du mal, je me suis décidé depuis très long-temps à préférer aux autres moyens opératoires, l'avulsion complète de l'ongle. Cette opération avait déjà été pratiquée par plusieurs chirurgiens, mais le plus souvent d'une manière peu avantageuse. Le bord antérieur de l'ongle était saisi avec une forte pince que l'on fermait par un anneau afin de serrer plus sûrement la partie qu'elle embrassait, et l'ongle était bientôt déraciné au moyen d'une traction violente. Mais, indépendamment des douleurs atroces que faisait éprouver aux malades ce procédé vraiment barbare, souvent il arrivait, ou bien que la pince glissât et laissât échapper l'ongle qu'elle avait saisi, ou bien que la portion d'ongle contenue entre les mors de la pince se rompait sans que le reste de l'ongle fût arraché, de sorte que l'on n'avait obtenu d'autre résultat que de causer au malade d'horribles souffrances.

Voici comme j'y procède : lorsque l'état général d'inflam-

mation du membre a été combattu pendant quelques jours, à l'aide d'applications et de lotions émollientes, le moment de l'opération étant jugé convenable, j'engage sous la partie moyenne du bord libre de l'ongle la pointe d'une branche de ciseaux droits, solides, bien affilés ; je les fais glisser par un mouvement rapide jusqu'à la racine et divise d'un seul coup cette partie en deux moitiés à peu près égales ; saisissant alors avec une pince à disséquer la moitié correspondant à l'ulcération, je l'arrache en la roulant sur elle-même de dedans en dehors ; si l'autre côté est malade, je l'enlève de la même manière. Dans le cas où les chairs fongueuses qui avoisinent la plaie sont trop élevées, je passe sur elles un cautère olivaire qui les consume, et assure ainsi, autant que possible, la cure de la maladie. A la suite de cet arrachement, la peau placée sous l'ongle se dessèche, la partie ulcérée s'affaisse, et se cicatrise en vingt-quatre ou quarante-huit heures ; de sorte qu'au bout de cinq ou six jours le malade peut reprendre ses exercices accoutumés. Ordinairement l'ongle ne se reproduit pas chez les vieillards, mais quelquefois il reparaît chez les jeunes gens.

On serait tenté, au premier abord, de regarder ce moyen comme fort douloureux : il est cependant rare de voir les malades jeter des cris. Lorsque l'ongle a été entièrement arraché, la maladie ne reparaît plus ; elle repullule seulement dans le cas où quelque portion est restée dans la plaie.

Obs. II. — *Ongle entré dans les chairs. — Avulsion de sa moitié externe.* — R... S..., âgé de seize ans, d'une forte constitution, entra à l'Hôtel-Dieu, le 18 juin 1821, et fut couché au nº 52 de la salle Saint-Paul.

Depuis six mois, il portait des souliers plus épais et plus étroits que de coutume ; ses pieds était comprimés, et il boitait même en marchant ; l'angle externe de l'ongle du gros orteil droit se recourba en dedans. il s'enfonça dans les chairs voisines qui le recouvrirent en se tuméfiant. De la rougeur, de la douleur survinrent, et la claudication augmenta. La pulpe de cette partie, refoulée par les orteils suivants, et comprimée en tous sens par la chaussure, devint

dure, calleuse, blanchâtre, et offrit une fissure, au fond de laquelle l'ongle était engagé; quoique souffrant beaucoup, le malade continua de marcher et de travailler; enfin, une petite plaie suppurante, et parfois saignante, étant survenue, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le 3 juillet, après quelques jours de repos, quelques bains et quelques applications émollientes, il fut conduit à l'amphithéâtre, et M. Dupuytren pratiqua l'avulsion de la partie de l'ongle qui s'était incarnée. L'ongle fut divisé d'avant en arrière dans la partie moyenne, avec de forts ciseaux droits; la moitié externe fut saisie avec des pinces à dissection, renversée sur elle-même et arrachée; le durillon qui la recouvrait fut retranché avec les ciseaux. Un peu de sang s'écoula. Le malade, reconduit à son lit, fut pansé avec du cérat, de la charpie, une compresse et une bande.

Les 4, 5 et 6 juillet, il est fort bien; même pansement, tisane commune, demi-portion d'aliments. Le 7, la cicatrice est achevée, le malade sort guéri et marche bien; mais il a soin de porter des chaussures plus larges et d'envelopper son orteil avec un linge enduit de cérat.

Obs. III. — *Avulsion de l'ongle entré dans les chairs. — Cautérisation des fongosités.* — Vers le mois de février 1812, le nommé Théodore Jacob, âgé de quarante-cinq ans, serrurier, étant occupé à travailler, laissa tomber une barre de fer sur son pied gauche; le gros orteil fut fortement contus, et le sang extravasé communiqua à l'ongle une couleur noire. Jacob ayant négligé de porter à son mal les remèdes convenables, une collection de pus se forme sous l'ongle, décolle celui-ci, et s'étant frayé une issue au-dehors, laisse l'orteil dans un état d'ulcération qu'entretenait la présence de l'ongle qui s'enfonça dans les chairs.

Le malade, fatigué et par les douleurs qu'il éprouvait et par la durée de son mal, s'adressa à un herboriste, qui d'abord essaya de lui couper l'ongle; mais n'ayant pu le faire, il se détermina à l'arracher. Il ne fut pas plus heureux dans cette résolution que dans la première, car l'ongle fut brisé au lieu d'être extrait; cette ablation d'une partie de l'ongle

laissa à découvert la plaie qu'elle recouvrait, et le malade se pansa lui-même avec un onguent noirâtre, qui lui avait été fourni par l'herboriste, mais dont il ignore le nom et la nature.

Continuant toujours à souffrir, et voyant d'ailleurs que l'état de son orteil s'aggravait au lieu de s'améliorer, le malade se détermina à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 24 décembre 1812. A cette époque, l'orteil était tuméfié et faisait éprouver au malade de vives douleurs toutes les fois qu'il s'appuyait sur le sol. L'ongle reproduit de nouveau s'était enfoncé dans les chairs. Avant d'en pratiquer l'arrachement, on appliqua sur l'orteil des cataplasmes émollients pendant quelques jours. M. Dupuytren divisa ensuite l'ongle en deux parties suivant sa longueur, et les saisissant successivement avec des pinces à disséquer, il les arracha, en les renversant l'un en dehors et l'autre en dedans. Après la chute de l'escarre, on s'aperçut que quelques parties n'avaient point été détruites. M. Dupuytren se détermina à les enlever avec le bistouri, ainsi que la peau qui leur servait de matrice. Par ce procédé, on parvint à prévenir toute récidive, en ôtant à l'ongle les moyens de se reproduire. Depuis ce temps, les pansements ont été faits avec des bandelettes de cérat et de la charpie, tantôt sèche, tantôt trempée dans du vin miellé, selon le degré d'excitation de la plaie, et le malade est sorti le 18 janvier 1813, n'ayant qu'une très petite ulcération qui s'est cicatrisée après deux ou trois jours de repos (1).

Obs. IV. — *Tumeur osseuse existant depuis plusieurs mois sur la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil droit, et soulevant l'ongle. — Extirpation de la tumeur avec le bistouri. — Enlèvement de l'ongle.* — Louise Duvillard, âgée de quinze ans, d'une bonne constitution, non réglée, éprouva, durant le mois de mai 1821, une douleur vive dans le gros orteil : cette douleur augmentant beaucoup par la marche, la malade examina son doigt et aperçut une petite excroissance sous l'ongle. Un médecin ayant été consulté, fit

(1) Observation recueillie par M. Codet.

appliquer de la joubarbe pilée, des cataplasmes émollients, puis des compresses trempées dans du vin généreux, chaud et sucré. Divers onguents furent également employés, et toujours sans succès. Pendant qu'elle subissait ces traitements, la jeune malade ne pouvait marcher qu'avec beaucoup de difficulté et de douleur.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 1er juillet 1822. Une petite tumeur du volume d'un gros pois, dure, résistante, causant des douleurs par la pression, existe sous l'ongle du gros orteil droit; cet ongle est soulevé par elle, et éloigné, dans sa partie inférieure, de la face supérieure de la troisième phalange.

M. Dupuytren reconnaît la nature osseuse de la tumeur, et se décide à l'enlever. La malade est baignée; et après quelques jours de repos on procède à l'opération, le 6 juillet, de la manière suivante : La tumeur circonscrite à sa base, au moyen d'une incision pratiquée avec un fort bistouri droit, est enlevée en totalité, sans que l'ongle soit atteint en aucune manière. Il s'écoule peu de sang. Un plumasseau très mince de charpie est introduit entre l'ongle et les chairs, et un cataplasme émollient enveloppe le gros orteil, Le 10, la charpie est retirée; la suppuration est bien établie; aucun accident n'est survenu. Chaque jour, le pansement est renouvelé, et le seizième jour après l'opération, la malade peut marcher sans éprouver la moindre douleur. Le 1er août, l'ongle est toujours éloigné des parties molles, et n'a pas encore repris sa position naturelle; cependant la cicatrisation de la petite plaie est parfaite, et n'offre ni saillie, ni dureté. La malade marche très bien, ne souffre plus, et sort enfin de l'hôpital le 4 août, en état parfait de guérison.

Au mois d'avril 1823, Louise Duvillard se présenta de nouveau à l'Hôtel-Dieu pour y être traitée d'un ongle rentré dans les chairs, qui affectait le gros orteil droit. Cette malade déclara que trois mois environ après sa sortie de l'hôpital la cicatrice s'était amollie : un peu de sang s'était écoulé à l'occasion d'une marche plus prolongée qu'à l'ordinaire, et depuis ce moment la totalité de la peau qui entoure l'ongle était devenue le siége d'une inflammation qu'entretenait

l'enfoncement des bords latéraux de l'ongle dans les chairs. M. Dupuytren n'hésita pas à pratiquer l'enlèvement de l'ongle. Une incision eut bientôt circonscrit la totalité du mal, et l'opération fut achevée promptement, malgré les cris aigus et les mouvements violents de la malade. En peu de jours la suppuration s'établit; quelques bourgeons celluleux et vasculaires furent réprimés avec le nitrate d'argent fondu, et la malade sortit entièrement guérie le dix-septième jour après l'opération (1).

Tel est le procédé employé par M. Dupuytren dans le simple cas d'incarnation de l'ongle ; mais il faut bien le remarquer, ce cas n'est point aussi commun qu'on le croit généralement, et bien qu'il semble, d'après la lecture des ouvrages de chirurgie, qu'on rencontre tous les jours des malades affectés de l'ongle entré dans les chairs, et auxquels serait applicable l'opération que nous venons de décrire, cependant tous les chirurgiens qui ont pratiqué quelque temps dans les hôpitaux savent combien il est rare de trouver une maladie assez bornée d'une part, assez peu avancée d'une autre part, pour que l'avulsion de l'ongle suffise à la guérison.

Mais quel est donc cet autre état qui nécessite un autre traitement? c'est ici que nous avons voulu arriver. En 1814, M. Wardrop (2) a fait connaître une espèce de panaris qu'il a désignée sous le nom d'*onychia maligna*, et qui n'est autre chose que l'ulcération de la matrice de l'ongle; mais M. Wardrop, en indiquant cette maladie dont M. Dupuytren avait parlé déjà depuis plusieurs années, a confondu ensemble plusieurs variétés de cette affection, et par suite de cette erreur, il a proposé un même mode de traitement et des règles communes pour des cas tout-à-fait dissemblables. M. Dupuytren n'est point arrivé aux mêmes conclusions que lui; il a commencé par bien distinguer cette maladie de celle qui résulte de l'incarnation des ongles; la maladie est tout autre,

(1) Observation recueillie par M. Senon.

(2) *Medico-chirurg. Transact.*, vol. V, page 129, *Diseases of the toes and fingers, by Wardrop.* 1814.

a-t-il dit; le traitement doit par conséquent varier. Si la première de ces deux propositions est bien établie, l'évidence de la seconde ressortira d'elle-même.

En faisant observer que jamais on ne peut dire raisonnablement qu'il y a maladie de l'ongle, nous avons reconnu toutefois que celui-ci pouvait être altéré plus ou moins dans sa structure, dans sa forme, dans sa direction, dans ses diverses qualités, et que, par suite des altérations qu'il avait subies, il pouvait blesser la peau avec laquelle il est en rapport. Nous avons donc rapporté à une classe particulière toutes les maladies résultant des altérations en quelque sorte primitives de l'ongle, et dans une seconde classe nous avons rangé celles où la peau qui l'entoure est elle-même affectée primitivement; nous allons actuellement nous occuper de ces dernières.

Celles-ci, comme les premières, peuvent résulter d'une cause extérieure ou mécanique, ou bien d'une action morbide particulière. Ainsi il arrivera parfois que des contusions, des compressions, des piqûres, des déchirures, des lésions de toute espèce irriteront la peau voisine de l'ongle, et que l'inflammation s'ensuivra après un temps plus ou moins long, c'est ce qu'on observe aussi quelquefois chez les ouvriers qui travaillent dans les alcalis, et particulièrement chez les savonniers. Dans les cas, au contraire, où la cause ne sera pas extérieure, on ne pourra l'apprécier qu'avec beaucoup plus de peine. La cause la plus commune, en pareil cas, est celle que l'on attribue à l'action du virus syphilitique, et l'on a même désigné sous le nom particulier d'*onglade* l'affection dite syphilitique de la peau qui sert de matrice à l'ongle. Toutefois, les auteurs qui ont traité des maladies vénériennes ont, en général, omis de parler de cette affection. J. Hunter, Swédiaur, Astruc, Benjamin Bell, MM. Cullerier et Lagneau n'en ont point traité. Le *Nouveau Dictionnaire de médecine*, le *Dictionnaire* de Samuel Cooper et le *Dictionnaire abrégé des sciences médicales* n'en font aucune mention; M. Wardrop l'a confondue avec l'inflammation ordinaire de la matrice de l'ongle; enfin M. Boyer n'a pas indiqué ces ulcères

en traitant des ulcères vénériens en général; seulement M. Boyveau-Laffecteur (1) leur a consacré une ligne et demie, et le *Dictionnaire des sciences médicales* une demi-page. Le *Traité des maladies vénériennes* de M. Jourdan en dit quelques mots. Quoi qu'il en soit, qu'il existe ou non un virus syphilitique, que l'onglade soit ou non due à l'action de ce virus, il n'en est pas moins vrai que cette maladie se présente avec des caractères particuliers : 1° elle affecte indistinctement tous les ongles des pieds et des mains ; 2° elle en attaque toujours plusieurs à la fois ; 3° elle commence quelquefois par de petits ulcères qui ont leur siége dans les intervalles des doigts, et qui, de là, se portent le plus souvent à la circonférence de l'onglade ; 4° l'ongle se détache spontanément de sa racine à son corps ; 5° l'onglade résiste au traitement antisyphilitique; plus de trente fois, M. Dupuytren en a fait l'expérience, et il a pu s'assurer que le mercure, administré de la manière la plus rationnelle, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, pendant un temps quelquefois très long, ne produisait aucun résultat satisfaisant, mais au contraire donnait plutôt à la plaie une couleur plus noire et une odeur plus fétide ; M. Wardrop dit cependant avoir donné le mercure avec succès ; 6° aussitôt que l'ongle est tombé, un pansement simple suffit pour la guérison. Tels sont les principaux caractères distinctifs de l'onglade. Quant à la couleur grisâtre du fond de l'ulcère, à cette forme qui appartient, dit-on, à tous les ulcères vénériens, et qui fait dire qu'ils sont *taillés à pic*, il faut beaucoup de bonne volonté pour les reconnaître dans l'onglade; et à part tous les autres caractères que nous venons d'examiner, le praticien le plus exercé aurait peine à la distinguer de l'inflammation ordinaire de la matrice de l'ongle. M. Lelut, dans l'excellent travail qu'il a publié sur l'onglade, pense également que cette maladie n'est pas de nature syphilitique (2). Du reste, l'onglade est une maladie peu commune, puisque, dans le courant

(1) Page 259

(2) Lelut, *Études anatomiques et pathologiques sur l'onglade.*

de l'année qui vient de s'écouler quatre malades seulement ont présenté cette affection dans l'hospice des vénériens de Paris.

Obs. V.— *Onglade.*— Caroline N..., fille publique, âgée de vingt-deux ans, bien réglée, était affectée, le 17 mars 1826, d'un écoulement indolent qui existait depuis un mois; des pustules muqueuses s'étaient développées sur les grandes lèvres et les environs des parties génitales. La malade présentait en outre quelques ulcérations superficielles rougeâtres à l'extrémité inférieure de la nymphe droite. (Dix-huit grains de sublimé, tisane d'orge.) Le 5 mai, l'écoulement persistait encore, toujours blanchâtre, mais moins abondant.

Le 30 juin, il y avait plusieurs rougeurs à la marge de l'anus et quelques pustules muqueuses superficielles. Les parties génitales étaient saines; seulement on voyait sur la lèvre inférieure et sur les commissures des ulcérations peu étendues. (Dix-sept grains de sublimé, tisane de lin, etc.) Le 15 août, les symptômes avaient disparu.

Le 21 septembre, la malade présenta plusieurs ulcérations à la matrice des ongles des deux indicateurs, et une autre auprès de l'ongle du gros orteil du pied droit.

L'ulcération a commencé vers la racine des ongles et a formé un bourrelet à leur circonférence; bientôt après, la racine a cessé d'être adhérente, et l'ongle n'a plus tenu à la peau que par son corps; la suppuration est devenue abondante et très fétide; la malade a éprouvé de très vives douleurs, surtout au pied, et la marche a été impossible.

Le lundi, 16 octobre, on a enlevé l'ongle du gros orteil et celui de l'indicateur droit. Le premier est venu assez facilement; le second était encore très adhérent à la peau, mais seulement par son corps. Maintenant les douleurs sont bornées au doigt où l'ongle existe encore. Les ongles se reproduiront-ils régulièrement? Les plaies ont un assez mauvais aspect; elles sont fongueuses et suppurent beaucoup. On les a lavées dans le commencement avec le chlorure de soude affaibli, et on les panse actuellement avec le cérat opiacé.

Obs. VI. — *Onglade.* — La nommée V..., âgée de trente-huit à quarante ans, bien constituée, habitant ordinairement

la campagne, est affectée de plusieurs ulcérations qu'on lui a dit être syphilitiques, et qui ont leur siége à la racine des ongles des deux gros orteils droit et gauche, du doigt médius gauche du pied, de l'indicateur et de l'annulaire de la main gauche.

Lorsque je la vis, l'ongle du gros orteil droit était tombé, et la plaie ulcéreuse, pansée simplement avec du cérat pendant quelque temps, semblait marcher vers la cicatrisation. L'ongle du doigt annulaire de la main s'était également détaché, et la plaie s'était aussi presque entièrement cicatrisée à l'aide d'un pansement simple; enfin le doigt médius du pied gauche, où l'ongle était encore adhérent par quelques points de son corps, ne causait plus que des douleurs fort tolérables; mais la maladie, débutant depuis peu de temps à la base de l'ongle du gros orteil gauche, était accompagnée de tous les symptômes de l'inflammation la plus aiguë. La malade me dit qu'elle n'avait jamais offert aucun autre symptôme de maladie syphilitique, et plusieurs médecins qui la voyaient me donnèrent la même assurance. L'inflammation de la peau des ongles était survenue chez elle sans cause connue; les différents doigts de la main et des pieds avaient été atteints successivement à peu d'intervalle les uns des autres, et la chute des ongles, survenue spontanément, avait été bientôt suivie du retour de la plaie à un meilleur aspect et de la cicatrisation des ulcères.

Des sangsues furent appliquées autour du gros orteil gauche, et une évacuation sanguine fort abondante diminua les douleurs de la malade. Le traitement antisyphilitique fut essayé, mais le mal s'aggravant d'une manière notable, on le suspendit. Maintenant les moyens antiphlogistiques sont continués; l'ongle sera arraché aussitôt que cette opération sera praticable, et il y a tout lieu de croire que la guérison sera aussi prompte et aussi facile pour ce doigt que pour les autres.

Les deux observations d'onglade que je viens de rapporter sont incomplètes sous plusieurs rapports, et toutefois j'ai cru devoir les citer, parce qu'elles peuvent servir, par quel-

ques uns des faits qu'elles contiennent, à éclairer la question médicale qui est en litige relativement à l'affection dont il s'agit.

Dans le premier cas que j'ai cité, y avait-il maladie syphilitique? il est difficile de l'affirmer. D'abord, un écoulement existe qui ne semble point de nature vénérienne; dix-huit grains de sublimé sont administrés, et l'écoulement persiste, quoique moins abondant; encore ce faible succès semble-t-il dû plutôt au repos, au régime, aux boissons rafraîchissantes, qu'à l'emploi du mercure. Six semaines après, symptômes nouveaux; est-ce là une maladie vénérienne? cela est assez probable. Mais est-ce la continuation de la première? Je ne le crois pas. Enfin, après un second traitement, il n'existe plus aucun symptôme, et c'est un mois plus tard que surviennent les premiers signes de l'onglade. La question, comme on voit, est fort obscure. Cependant cette obscurité même dans les causes de la maladie locale nous a engagés à recueillir l'observation.

Dans la seconde, rien n'annonce l'infection syphilitique. L'onglade apparaît comme un symptôme isolé, ne se rattachan à aucun trouble local ou général dans l'économie; l'administration du mercure ne produit aucun résultat avantageux, et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la guérison spontanée de tous les doigts aussitôt que l'ongle s'est détaché. Les deux observations citées par M. Lelut dans son travail sur l'onglade, prouvent également l'inefficacité du mercure dans cette maladie.

En général, il semble que l'affection désignée sous le nom d'*onglade* n'ait pas d'autre fin, d'autre but que l'élimination de l'ongle; celui-ci tombé, tout rentre dans l'ordre, et un simple pansement avec le cérat suffit pour obtenir la guérison. Ce n'est point là certainement ce caractère constant d'incurabilité que nous avons rencontré dans tous les autres cas d'ulcération de la peau qui sert de matrice à l'ongle.

Enfin, nous avons eu quelquefois aussi l'occasion de remarquer l'altération de la matrice de l'ongle chez les individus affectés de dartres; un exemple de ce genre se présenta dans le courant de cette année à l'Hôtel-Dieu, et M. Du-

puytren en obtint la guérison au moyen de lotions sulfureuses.

Quant aux autres cas d'inflammation où la cause n'a pas été mécanique, on ne sait le plus souvent quelle elle peut être, et au lieu de chercher à expliquer ce qu'on ignore, il est plus simple de dire provisoirement qu'elle est due à une disposition particulière.

M. Dupuytren a cru pouvoir distinguer, par un signe constant et facilement appréciable, la maladie qui résulte d'une altération primitive de la peau, de celle qui résulte de l'enfoncement de l'ongle dans les chairs. Selon lui, lorsque la maladie est produite par l'ongle, les fongosités auxquelles l'inflammation a donné naissance se trouvent en avant et sur les côtés de cet ongle ; lorsque la maladie est due au contraire à l'affection de la peau, c'est à la base de l'ongle que s'observent toujours les fongosités. En général, ce signe doit être vraiment caractéristique ; toutefois, qu'est-ce que ces fongosités, sinon une conséquence de l'inflammation de la peau ; et puisqu'il est certain que cette inflammation, lors même qu'elle résulte de l'incarnation de l'ongle, peut s'étendre aux parties voisines et envahir toute la peau qui est en rapport avec l'ongle ; pourquoi son établissement ne serait-il pas suivi du développement de ces fongosités, partout ailleurs qu'au lieu qui lui a servi de point de départ ? Il n'y aurait donc, dans ce cas, d'autres différences que celles qui dépendraient du degré plus ou moins avancé de la maladie. Et d'ailleurs, la peau qui sert de matrice à l'ongle n'existe t-elle pas aussi bien sur ses bords latéraux que vers sa racine, et dès lors l'inflammation ne peut-elle pas, sous l'influence d'une cause quelconque, frapper aussi bien l'une et l'autre de ces parties? Au reste, ces cas sont rares, et il est vrai de dire que la distinction établie par M. Dupuytren est réellement fondée sur l'observation la plus générale.

Quoi qu'il en soit, cette maladie donne toujours lieu à des accidents à peu près semblables. La peau est tendue, rouge-violacée, douloureuse ; l'ongle est raccourci et réduit à la moitié de son étendue, quelquefois même il a totalement disparu, et, au lieu de l'ongle, on voit çà et là s'élever quelques pinceaux

de substance cornée, souvent aussi une partie de l'ongle se trouve cachée sous des chairs fongueuses; sa couleur est grise et noire; dans certains cas, il ne conserve plus ses adhérences naturelles; la plaie est ordinairement baignée par une suppuration sanieuse ou sanguinolente, et répand au loin une odeur fétide. Si le malade veut marcher, ou s'il reste même dans la position verticale, les fongosités deviennent saignantes; toute espèce de chaussure est insupportable, le moindre frottement est excessivement douloureux; en général, il est impossible d'habiter dans le même lieu que les individus affectés de cette sorte de maladie, tant l'odeur qui circule autour d'eux et qui s'attache à leurs vêtements est infecte et pénétrante, formée qu'elle est par la réunion du pus ichoreux qui suinte du fond de l'ulcère, et de la sueur abondante que sécrètent les pieds de ces malades.

Ces symptômes se rencontrent à peu près chez tous les sujets; quelquefois cependant la maladie occupe plus particulièrement la partie de la peau qui est immédiatement subjacente à l'ongle. C'est alors qu'on voit se développer de petites tumeurs qui soulèvent cet organe, et dont la présence occasionne d'autant plus de douleurs que la pression est plus considérable. Ces tumeurs peuvent être de différente nature, fibreuses, cartilagineuses, osseuses, vasculaires, et ce qui prouve que leur développement est uniquement dû à l'altération du derme qui recouvre l'ongle, c'est que, si l'on se borne alors à les enlever sans retrancher aussi la peau qui leur donne naissance, on voit ordinairement celle-ci devenir de nouveau malade, s'ulcérer, et son état nécessiter tôt ou tard son enlèvement radical.

D'après ce que nous venons d'exposer sur cette maladie, on conçoit que le traitement que j'emploie avec tant de succès contre la première espèce d'ongle incarné dans les chairs ne saurait s'appliquer à la seconde variété. En effet, c'est la peau qui est malade; c'est donc vers elle que doivent se diriger les moyens thérapeutiques. Si l'on se borne à arracher l'ongle, on n'a pas détruit le siége du mal, et un très grand nombre d'observations nous ont prouvé que cette altération ne guérit

jamais en pareil cas. Si l'on applique les caustiques après l'avulsion de l'ongle, on ne consume que la partie de la peau qui est immédiatement subjacente à cet organe, et on ne détruit pas toute celle qui enveloppe sa racine, et qui la recouvre quelquefois à une très grande profondeur.

Ce sont ces considérations, ajoute M. Dupuytren, qui m'ont conduit à enlever avec l'ongle, non seulement toute la surface ulcérée, mais encore tout le repli de la peau qui lui donne naissance et la nourrit. Pour pratiquer cette opération, je fais asseoir le patient sur un lit ou sur une chaise, et saisissant l'orteil malade avec la main gauche, je pratique, à l'aide d'un bistouri droit, une incision profonde et demi-circulaire, à trois lignes au-delà du repli de la peau qui supporte l'ongle à son origine; cette incision est dirigée parallèlement à ce repli qu'elle entoure et cerne en quelque sorte dans sa totalité; alors, un aide maintenant l'orteil malade en position, je relève le lambeau d'arrière en avant avec des pinces à disséquer, et détache avec le bistouri toute la peau qui était en rapport avec l'ongle et qui concourait à sa production; si quelques pinceaux de substance cornée subsistent encore, ils sont détruits successivement, de sorte qu'il ne reste plus rien des tissus malades. Toutes les parties blanches et fibreuses que l'on remarque dans le fond et vers les angles de la plaie doivent être soigneusement extirpées, car ces parties sont des rudiments qui reproduiraient l'ongle et entretiendraient la maladie.

Cette opération est accompagnée toujours de très vives douleurs, mais elle est de courte durée. L'orteil sur lequel on l'a pratiquée est enveloppé immédiatement d'un morceau de linge troué, enduit de cérat; un mince plumasseau de charpie, recouvert d'une compresse, complète l'appareil du pansement. Le malade est enfin reporté dans son lit, et la jambe, appuyée sur un oreiller, est maintenue dans un état de demi-flexion sur la cuisse.

Le malade éprouve ordinairement quelques douleurs pendant les premières heures qui suivent l'opération; mais bientôt ces douleurs se dissipent, et après trois ou quatre jours,

le premier appareil est levé; un pus de bonne nature couvre presque toujours la plaie. On continue de panser simplement; des bourgeons celluleux et vasculaires ne tardent pas à recouvrir toute la surface de la plaie; on les réprime de temps à autre à l'aide du nitrate d'argent fondu. Quelques petites portions de fibres cornées viennent-elles à se reproduire, on les arrache, et l'on détruit avec le bistouri la partie de peau d'où elles naissent, et le plus souvent la cicatrice étant opérée convenablement, vers le quinzième ou dix-huitième jour, le malade est alors en état de reprendre ses occupations habituelles. Si l'on examine la cicatrice quelque temps après la guérison, on voit qu'elle est formée par une peau lisse, épaisse, privée d'ongle, mais prenant quelquefois une consistance cornée. Nous avons vu M. Dupuytren, dans des cas où il attribuait la maladie à une affection syphilitique, aider l'action de l'instrument tranchant par des cautérisations pratiquées avec un pinceau de charpie, trempé dans une solution de nitrate de mercure. Jamais la maladie ne résiste à un pareil traitement, et, en effet, on conçoit qu'il est absolument impossible qu'elle se reproduise, puisque les organes malades n'existent plus.

En proposant ce mode de traitement, comme le plus prompt et le plus sûr de tous, M. Dupuytren déclare, du reste, qu'il ne regarde point son opération comme étant toujours indispensable. Il invite même les chirurgiens à tenter l'emploi d'autres moyens, pour éviter aux malades une opération si douloureuse. Il conseille les antiphlogistiques de toute espèce, les bains, le repos, les sangsues, les cataplasmes émollients, ou bien les antidartreux, les antisyphilitiques, le calomélas en poudre, l'onguent mercuriel, etc. Il a lui-même employé quelquefois en ville, avec succès, l'application de charpie imbibée dans du gros vin rouge, auquel on avait mêlé une once par livre d'acétate de plomb liquide.

Obs. VII.—*Enlèvement de la matrice de l'ongle.*—Le 3 mai 1814, on reçut à l'Hôtel-Dieu le nommé Jean Chanit, sortant de l'hôpital de la Pitié. Depuis six mois, ce malade avait remarqué sur l'ongle du gros orteil de chaque pied une disposition

que n'offraient pas les ongles des autres orteils ; les douleurs qu'il éprouvait et qu'il avait supportées pendant long-temps sans y attacher d'importance, l'impossibilité de marcher durant un quart d'heure sans être obligé de s'arrêter, l'écoulement continuel d'un pus noirâtre et fétide, qui baignait les ongles de l'un et de l'autre orteils, le peu de moyens que le malade avait de se traiter chez lui, toutes ces circonstances le décidèrent à se rendre à l'hôpital de la Pitié. Pendant quelques jours il fut baigné et pansé simplement ; on s'occupa enfin de l'opération que nécessitait sa maladie, et d'après son récit, on incisa d'avant en arrière avec des ciseaux la partie moyenne de chaque ongle ; puis à l'aide de pinces à disséquer, on pratiqua l'extraction de chacune des moitiés d'ongles : cette opération fut très douloureuse ; chaque orteil fut pansé simplement ; on prévint l'inflammation qui aurait pu être trop vive, et la guérison prochaine de l'un et de l'autre orteils fut promise au malade.

Cependant les ulcérations fongueuses persistaient ; la suppuration était toujours fétide et noirâtre ; elle entraînait quelquefois des débris de matière cornée qui semblait désorganisée ; les douleurs se faisaient ressentir par intervalles et devenaient de plus en plus intenses ; enfin le malade sortit de l'hôpital.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, les orteils offraient l'aspect suivant : la portion du derme recouverte dans l'état sain par l'ongle présentait une surface ulcérée, fongueuse, noirâtre, fétide ; on y voyait, à des intervalles variés, des pinceaux inégaux de fibres cornées, effilées, adhérentes au derme par une extrémité, libres par l'autre. A l'union des bords latéraux de cette surface avec son bord supérieur, on apercevait un ongle enfoncé dans la chair, et de ce point sortait une portion cornée, prismatique et triangulaire. Le repli de la peau qui sert de base d'implantation à la racine de l'ongle, et qui constitue la matrice de cet organe, était le siége d'un travail désorganisateur.

A la visite du matin, ce malade fut examiné par M. Dupuytren ; il décida que la cause de la double maladie des orteils était une affection organique de la matrice de chaque

ongle, et proposa au malade le traitement dont l'expérience lui a assuré l'efficacité.

Conduit à l'amphithéâtre, le malade fut couché sur un lit. M. Dupuytren saisit de la main un des orteils malades, et à l'aide d'un bistouri droit, il pratiqua une incision profonde et demi-circulaire, parallèle au repli de la peau qui supporte l'ongle à son origine; avec le même instrument, il enleva profondément et en totalité les végétations fongueuses et cornées dont j'ai parlé; il pratiqua de même l'extraction du pinceau triangulaire, et il eut surtout le soin d'enlever les chairs qui paraissaient donner naissance à des plumasseaux irréguliers inégaux, grisâtres, produit d'une sécrétion viciée et partielle de la substance cornée qui constitue l'ongle. L'opération fut pratiquée aux deux orteils et supportée avec courage par le malade; le gros orteil de chaque pied fut couvert d'un morceau de linge troué enduit de cérat, et le pansement fut achevé avec quelque peu de charpie et une petite compresse.

Le malade éprouva une vive douleur pendant les premières heures qui suivirent l'opération; il fut ensuite fort tranquille. Cinq jours après on leva le premier appareil, et l'on remarqua un commencement de suppuration : même pansement. Développement des bourgeons celluleux et vasculaires; répression de quelques uns d'entre eux au moyen du nitrate d'argent. L'orteil du pied gauche faisant souffrir le malade, M. Dupuytren l'examine avec soin, et apercevant une portion très mince de fibres cornées dans l'angle rentrant, résultat de la réunion du bord supérieur avec les bords latéraux, il l'enlève, après avoir circonscrit et détruit avec le bistouri le point de la peau d'où il prend naissance. Bientôt les douleurs du malade ont complétement disparu, et une marche de tout le jour dans les salles de l'hôpital ne lui cause aucune incommodité; enfin le dix-huitième jour après l'opération, la cicatrisation est entièrement terminée, et il est en état de sortir de l'hôpital (1).

(1) Observation recueillie par M. Comte.

Obs. VIII. — *Au pied gauche, enfoncement de l'ongle dans les chairs; avulsion. — Au pied droit, affection de la matrice de l'ongle; enlèvement de la peau.* — Letourneur, âgé de dix-huit ans, d'une forte constitution, entra à l'Hôtel-Dieu vers la fin de juillet 1826.

Le gros orteil du pied gauche présentait un enfoncement du bord externe de l'ongle dans les chairs. Rien de particulier dans cette affection; tout au pourtour de l'ongle, la peau était rouge et tuméfiée, mais non ulcérée, excepté dans le point où avait lieu l'incarnation; l'extrémité du doigt offrait un peu de gonflement, et les douleurs étaient assez vives, mais tolérables. Le malade se plaignait surtout des souffrances que lui faisait éprouver le gros orteil du pied droit. Ce n'était plus ici le même cas : la peau de l'ongle était partout ulcérée; des fongosités s'élevaient à sa base, l'ongle lui-même était noirci et divisé en plusieurs pinceaux cornés, de forme irrégulière; enfin tous les symptômes de l'affection de l'ongle incarné s'y rencontraient manifestement.

M. Dupuytren, frappé de cette réunion singulière des deux genres de maladie sur un même individu, fit remarquer cette circonstance aux élèves de la clinique; il rappela un autre cas semblable à celui-là, et qui s'était déjà offert à lui dans sa pratique; et après avoir parfaitement établi les divers signes qui caractérisaient l'une et l'autre de ces affections, il exposa les raisons qui le forçaient d'appliquer à chacune un traitement différent. En effet, l'ongle du gros orteil gauche fut divisé, à l'aide de ciseaux, en deux moitiés égales, qui furent successivement arrachées; et tout ce qui restait de l'ongle fut soigneusement détruit; puis, immédiatement après, M. Dupuytren enleva avec le bistouri toute la peau qui donnait naissance à l'ongle du côté droit. Il s'écoula peu de sang. Le malade, qui avait beaucoup souffert, fut reconduit à son lit et pansé convenablement. La plaie qui résultait de l'avulsion de l'ongle du gros orteil gauche fut cicatrisée complétement au bout de six jours; l'autre ne fut entièrement guérie qu'après onze jours de pansement. Le quatorzième jour après l'opération, le malade sortit de l'hôpital

parfaitement guéri. Le 18 octobre dernier, il revint à l'Hôtel-Dieu demander un certificat qui attestât sa maladie et sa guérison ; les deux doigts malades ayant été examinés, parurent dans un état très satisfaisant. La cicatrice était formée, lisse, et la peau présentait dans quelques points une consistance presque cornée. Toutefois l'ongle n'avait reparu sur aucun des deux doigts, et le malade n'éprouvait pas la moindre gêne dans ses mouvements.

Obs. IX. — *Ongle écrasé. — Ulcérations. — Opérations réitérées. — Guérison.* — Hippolyte......., scieur de long, eut, au commencement de novembre 1825, une contusion au gros orteil par la chute d'une pièce de bois. L'ongle fut ecchymosé et comme aplati ; les chairs voisines s'enflammèrent, il survint une ulcération au côté interne. (Bains de pieds émollients, cataplasmes, huit sangsues autour de l'orteil.) Le malade garda son lit pendant vingt-huit jours. Au bout de ce temps, il reprit ses travaux sans être guéri. Les parties molles devinrent très tuméfiées ; elles saignaient peu le jour, quand son orteil se trouvait fatigué par la marche ; mais la nuit il s'en écoulait beaucoup de sang. Le malade employa pendant deux mois toute espèce d'onguents. Au bout de ce temps, il entra dans un hôpital, où on lui arracha l'ongle, en promenant le tranchant du bistouri entre sa face concave et le derme sous-jacent, sans toucher à la racine. Les parties molles environnantes ne furent point excisées ; on se contenta de les rapprocher par une petite bande qui serra l'orteil assez fortement. La plaie fut cicatrisée au bout de dix jours, excepté dans un seul point qui correspondait au côté malade. On n'y découvrait aucune trace d'ongle, et chaque jour on cautérisait le petit ulcère avec le nitrate d'argent. Quarante-deux jours après son entrée à l'hôpital, le malade sortit sans être entièrement guéri ; on lui conseilla de ne point marcher, ce dont il ne tint aucun compte. Huit jours après, le mal reparut plus considérable qu'il n'avait été. Des deux angles postérieurs de la cicatrice partaient deux fragments de substance cornée qui tendaient à se réunir, et qui déchiraient de plus en plus la cicatrice.

C'est alors qu'on vit s'élever des fongosités du pourtour de la racine de l'ongle ; l'ulcère existant à son côté interne prit une étendue capable d'admettre l'extrémité du doigt. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu le 26 février. M. Dupuytren enleva l'ongle et les chairs environnantes, en suivant le dernier procédé que nous avons décrit plus haut ; la plaie se cicatrisa largement ; mais il resta encore, comme à la première opération, un petit ulcère occupant le bord interne. Un mois après le dernier arrachement parut au fond de l'ulcère un petit fragment d'ongle que M. Dupuytren enleva en formant un lambeau au-dessus de lui. La plaie fut pansée avec du cérat ; celle-ci fut saignante les premiers jours, parce que le malade quitta le lit : elle reprit les jours suivants un bon aspect ; il ne reparut plus de portion d'ongle. La cicatrice fut promptement formée, et le malade fut radicalement guéri d'une maladie qu'il portait depuis six mois, et contre laquelle avaient échoué tous les traitements employés.

Obs. X. — *Ongle rentré dans les chairs. — Différentes récidives. — Traitements divers.* — On reçut en 1825 dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu un second malade dont l'observation offre beaucoup d'intérêt par rapport aux fréquentes récidives, malgré les différents traitements qu'il a subis.

Lalande, boulanger, eut l'orteil écrasé par un moellon dans le mois de juillet dernier. Les chairs furent violemment contuses et déchirées vers l'angle antérieur et interne de l'ongle. Celui-ci fut divisé en deux moitiés ; il s'écoula beaucoup de sang par la plaie ; les quinze premiers jours de la maladie, l'orteil était tuméfié et si douloureux qu'il causait de l'insomnie. Ces accidents devenaient plus graves quand le malade faisait des écarts de régime. Il entra à l'hôpital quinze jours après. On profita de la rupture accidentelle de l'ongle pour en enlever les deux portions en les renversant seulement sur elles-mêmes. On serra l'orteil avec une bande. Quatre jours après, on s'aperçut que l'ongle se reproduisait vers ses bords latéraux ; un nouvel ongle se fut bientôt déve-

loppé, qui, s'appuyant contre la plaie, empêcha la cicatrice de se former. Un mois s'était à peine écoulé qu'on jugea nécessaire d'en revenir à l'arrachement. L'opération fut pratiquée comme la première fois, c'est-à-dire qu'on laissa subsister sa racine. L'ongle se reproduisit encore. Enfin, après deux mois et demi de séjour à l'hôpital, le malade voulut sortir, malgré l'avis contraire du chirurgien. Quoiqu'il ne fût pas guéri, il reprit ses travaux accoutumés, et les continua pendant quatre mois et demi en souffrant continuellement. Au bout de ce temps, son mal s'aggravant toujours, il entra à l'Hôtel-Dieu le 18 mars. L'ongle était alors divisé en plusieurs fragments ; les parties molles environnantes étaient tellement fongueuses et tuméfiées, qu'elles recouvraient presque tout l'ongle. M. Dupuytren les incisa profondément; mais le malade fit tant de mouvements pendant l'opération, qu'il ne put enlever les chairs en totalité sur les bords latéraux. C'est ce qui donna lieu à la reproduction de deux petites portions d'ongle aux angles postérieurs de la plaie : celle-ci fut bien cicatrisée dans toute son étendue. Les petits fragments étaient mobiles et faciles à arracher; mais dans la crainte d'une formation nouvelle, M. Dupuytren emporta leur matrice par deux incisions longitudinales. Le 13 mai, Lalande sortit guéri de l'Hôtel-Dieu (1).

La reproduction de l'ongle incarné a été expliquée d'une manière fort ingénieuse par M. Jardon dans sa thèse. L'étroitesse des chaussures, dit ce médecin, finit par augmenter la courbe transversale de l'ongle à ce point, que les extrémités de cette courbe, c'est-à-dire les bords latéraux, deviennent presque perpendiculaires au sol. Vainement alors arrachera-t-on l'ongle dont la direction sera devenue vicieuse, la cause secondaire mais puissante de cette direction se trouvant dans la forme acquise de sa matrice, sur laquelle il doit forcément se mouler, il repoussera vivement au même degré.

En reportant notre attention sur les observations qu'on vient de lire, on voit, continue M. Dupuytren, qu'elles ten-

(1) Observations recueillies par M. Robbe, de Chartres.

dent toutes à confirmer ce que nous avons avancé précédemment. Aussi nous bornerons-nous maintenant à reprendre les différentes doctrines que nous avons établies, et à les présenter dans un résumé rapide sous une forme qui permette de les apprécier avec facilité.

En reportant notre attention sur les observations que nous venons de publier, nous voyons qu'elles tendent toutes à confirmer ce que nous avions avancé précédemment. Aussi nous bornerons-nous maintenant à reprendre les différentes doctrines que nous avons établies, et à les présenter dans un résumé rapide sous une forme qui permette de les apprécier avec facilité.

I. On ne doit désigner sous le nom d'*ongle* que la substance dure et cornée qui constitue cet organe, et non point, comme l'ont fait quelques anatomistes, la portion du derme qui lui adhère et qui le produit.

II. L'ongle n'étant jamais qu'une production inorganique, il ne peut y avoir de maladie des ongles ; la maladie a toujours son siége dans la peau qui les environne.

III. L'ongle peut cependant être altéré primitivement en raison d'une action extérieure qui s'est portée spécialement sur lui et qui l'a modifié physiquement dans sa substance, dans sa forme ou dans sa direction ; mais tant que l'altération de l'ongle n'a point amené l'irritation de la peau voisine, il n'y a point de maladie.

IV. L'inflammation de la peau des ongles peut résulter d'une cause étrangère à l'organisation, ou bien d'une cause propre à l'organisation.

V. La maladie varie dans ses caractères et dans sa forme selon qu'elle occupe tel ou tel point, selon qu'elle résulte ou non de l'altération primitive de l'ongle; le traitement n'est pas le même dans ces deux cas différents.

VI. En général, lorsque l'ongle est altéré, il se porte vicieusement sur les chairs qui l'environnent, et cette maladie constitue l'*incarnation de l'ongle.*

VII. L'altération de l'ongle qui produit son incarnation peut être primitive et dépendre d'une cause extérieure ; elle

peut aussi être consécutive à une modification quelconque de la peau qui le produit.

VIII. L'avulsion de l'ongle pratiquée suivant le procédé qu'emploie M. Dupuytren est le seul moyen de traitement qui assure la guérison de l'incarnation de l'ongle; et toutefois est-il encore infructueux dans plusieurs des cas où l'altération de l'ongle a été la conséquence de l'altération de la peau.

IX. La maladie caractérisée par l'inflammation primitive de la peau qui sert de matrice à l'ongle est tout-à-fait distincte dans ses symptômes, dans ses résultats et surtout dans le traitement qu'elle réclame, de celle qui est caractérisée par l'altération antécédente de la substance cornée.

X. L'affection dite *syphilitique* de la peau des ongles, et désignée par les auteurs sous le nom d'*onglade*, n'est qu'une variété de l'espèce dont nous venons de parler; c'est au fond la même maladie avec quelques caractères différents, et le même traitement lui est applicable en raison de l'inefficacité du traitement antivénérien.

XI. L'enlèvement avec le bistouri de la totalité de la peau malade, doit être préféré à tous les autres moyens thérapeutiques; il est à la fois plus prompt et plus sûr.

XII. Toutefois, il ne faut point négliger l'emploi des autres moyens, soit antiphlogistiques, soit résolutifs, soit antiseptiques, soit cathartiques, et l'on doit s'efforcer d'épargner au malade une opération qui est toujours fort douloureuse.

ARTICLE IX.

D'UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE TUMEURS FIBRO-CELLULEUSES ENKYSTÉES, CONNUES SOUS LE NOM DE GANGLIONS OU TUBERCULES NERVEUX.

Le cours d'anatomie pathologique, fait par M. Dupuytren à l'Hôtel-Dieu de Paris, a jeté un grand jour sur une foule de lésions jusqu'alors inaperçues, ou confusément décrites sous le nom de Productions anormales. Parmi les altérations qui ont été l'objet des leçons de M. Dupuytren, nous choisirons aujourd'hui cette espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées, sur lesquelles les auteurs n'ont eu que des notions très vagues et qu'ils attribuaient mal à propos à une affection des nerfs.

Toute production membraneuse accidentelle en forme de sac sans ouverture, que l'on trouve autour d'un corps étranger ou venu du dehors d'une manière quelconque, laquelle se développe dans l'intérieur de nos parties par une action morbifique, a été appelée *kyste*. Ce tissu morbide présente deux grandes divisions : l'une comprend tous les kystes qui s'organisent autour d'un corps étranger liquide ou solide; l'autre renferme tous ceux qui se forment spontanément et qui préexistent à la matière qu'ils contiennent.

Du sang épanché, des grains de plomb, des balles, des pierres urinaires, des fœtus développés dans les trompes et les ovaires, des hydatides, voilà les corps étrangers autour desquels se forment ordinairement les kystes. Dans la seconde division, comprenant les kystes spontanés préexistant à la matière qu'ils contiennent, se rangent les kystes séreux, synoviaux, mélicériques, stéatomateux, athéromateux, huileux, muqueux, gélatiniformes, et une petite tumeur hydatiforme, très bien décrite par M. Dupuytren, et qu'on n'a observée jusqu'ici qu'au niveau de l'articulation du poignet,

sur la face palmaire, plus rarement au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, mais toujours autour des synoviales et des tendons.

Enfin, dans une troisième division se placent les productions fibreuses, caractérisées par un tissu dense, blanchâtre, résistant, peu extensible, le plus souvent disposé linéairement, et dont un très grand nombre ont pour poches des membranes fibreuses ou fibro-celluleuses accidentelles. C'est avec cette dernière classe qu'ont le plus d'analogie les petites tumeurs enkystées dont nous allons maintenant donner la description. Par leur nature, leur configuration, leur siége, leur terminaison, elles ne sauraient être confondues avec aucune des productions précédentes; car elles sont fibro-celluleuses, ont une forme à peu près ronde, ne dépassent jamais la grosseur d'un pois, sont situées presque toujours sous la peau, sur le trajet des membres, et se terminent par le ramollissement cancéreux.

Il est difficile, au premier abord, de s'imaginer que la petite tumeur que l'on aperçoit sur le trajet d'un membre, et que l'œil a peine à distinguer, cause de violentes douleurs, et sera plus tard le point de départ d'une des lésions les plus graves de l'économie, le cancer; c'est pourtant ce que l'observation a révélé. Suivons M. Dupuytren dans les considérations que lui a fournies ce sujet neuf et intéressant.

Plusieurs auteurs ont donné une description assez exacte de ces tumeurs, mais ils les ont crues formées dans le tissu des nerfs, ou sur le trajet de ces organes spécialement. Ainsi, Antoine Petit, dans son Discours sur la douleur, après avoir avancé que les dernières ramifications des nerfs sont plus sensibles que les troncs, dit : Les ganglions nerveux sont très peu connus ; ils se présentent sous la forme de petits corps du volume d'une fève, très durs, mobiles, sans couleur, survenus dans des endroits frappés, et souvent sans cause apparente, qui occasionnent des douleurs cruelles par le toucher le plus léger, dans les mouvements un peu violents, et par les changements de temps : aucun tonique ne les soulage, l'extirpation seule les guérit. La dissection montre un tuber-

cule blanc, enveloppé d'une membrane fibreuse, ordinairement adhérent à la peau, assez libre dans le tissu cellulaire, où il ne paraît tenir qu'aux filets nerveux dont il est l'épanouissement; le plus grand nombre de ceux que j'ai opérés étaient aux jambes, un seul était au bras.

Cheselden (*Anatomy*, 10th edit., p. 136), après avoir décrit la structure de la peau, ajoute : J'ai vu deux fois immédiatement sous l'enveloppe cutanée du tibia une petite tumeur aussi grosse qu'un pois, excessivement sensible et dure; les douleurs la firent regarder dans les deux cas comme cancéreuse; elle fut guérie par l'extirpation. Camper, le premier après Cheselden, a donné une notice sur cette maladie dans son ouvrage intitulé : *Demonstrationum anatomico-pathologicarum*, *liber primus*, page 11. Il n'est pas rare, dit-il, d'observer dans les nerfs cutanés de petits tubercules durs, qui sont de véritables ganglions, quoiqu'ils n'excèdent pas la grosseur d'un pois; ils font éprouver jour et nuit des douleurs lancinantes très aiguës; ils ne cèdent point aux remèdes externes; il faut les enlever avec le scalpel. Je les ai rencontrés fréquemment chez les hommes; ils sont blancs en dedans, rénitents, ont la dureté du cartilage, et siégent dans la tunique des nerfs.

M. Chaussier, dans sa Table synoptique de la névralgie, en parle de la manière suivante : Les tubercules ou ganglions nerveux, rarement plus gros qu'une fève, souvent plus petits, sont oblongs, aplatis, durs, cartilagineux, blanchâtres, quelquefois brunâtres à leur surface ou dans leur intérieur. Enveloppés d'une membrane fibreuse, mobiles dans le tissu cellulaire, ils n'y paraissent adhérents que par des filets nerveux; la douleur qui les accompagne est vive, plus ou moins étendue, et se renouvelle à des intervalles plus ou moins rapprochés, par la pression de la tumeur, le mouvement de la partie, quelquefois sans cause apparente. On les observe le plus souvent à la jambe; on en a vu au dos. Ils sont situés dans l'épaisseur de la peau, du tissu cellulaire, sur le trajet d'un nerf. Les douleurs qu'ils occasionnent, partant constamment de ce point comme d'un centre, se propagent plus

ou moins loin, suivant la distribution et la connexion du nerf affecté; l'excision est le seul remède. Enfin, dans une dissertation sur les affections locales des nerfs, soutenue, en 1822, à la Faculté de médecine de Paris par M. Descot, l'auteur, en parlant de ces petites tumeurs, qu'il appelle, comme les Anglais, *tubercules sous-cutanés douloureux*, dit: Elles se développent sous la peau; elles sont ordinairement entourées par le tissu cellulaire, et n'y paraissent adhérentes que par les filaments nerveux; d'autres fois elles sont situées dans l'épaisseur même du nerf, dont les filets sont écartés et les enveloppent.

Jusqu'à présent nous voyons les différents auteurs que nous venons de nommer, parler de la nature nerveuse de ces tumeurs, sans étayer cette opinion d'aucun fait positif; quelques uns prétendent, à la vérité, qu'on a remarqué à leur surface un ou deux filets nerveux après leur extirpation; mais ils ne rapportent point d'observations de dissection.

Ce coup d'œil rapide, jeté à dessein sur les travaux des auteurs qui nous ont précédé, vous démontrent assez que l'histoire des tumeurs fibreuses enkystées est loin d'être complète. Des observations nombreuses m'ont prouvé qu'elles sont tout-à-fait étrangères aux nerfs; j'en ai disséqué plusieurs avec un soin minutieux sur les cadavres, et, pour mieux m'assurer de leur nature, j'ai, en les extirpant, enlevé avec elles une assez grande quantité de tissu cellulaire chez des individus courageux, et jamais je n'ai vu le plus petit filet nerveux adhérer à leur surface. Leur tissu est évidemment fibro-celluleux, un peu albumineux, et, avec le temps, il devient squirrheux.

Ces tumeurs, continue M. Dupuytren, dont le siége est le plus souvent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique, peuvent aussi se développer dans d'autres parties: j'en ai observé dans la mamelle. Elles se présentent sous la forme de grains de blé, de café, de pois, quelquefois oblongues; elles sont aussi lenticulaires, aplaties, n'acquièrent jamais un plus grand volume que celui d'une petite fève de marais; leur extérieur est lisse et opaque; elles sont dures.

Si on les laisse tomber d'une certaine hauteur sur une surface unie et résistante, ainsi que j'en fais en ce moment l'expérience, elles bondissent à la manière des corps élastiques. Leur tissu est homogène, d'un blanc terne, sans vestiges de cavités ni de cloisons, d'une consistance fibreuse, fibro-cartilagineuse. Lorsqu'on les coupe, on voit qu'ils sont formés de plusieurs couches concentriques unies entre elles par un tissu cellulaire dense et serré, les couches extérieures sont plus denses. L'ongle, enfoncé dans l'épaisseur de ce corps, fait entendre un léger craquement; il est recouvert d'une enveloppe opaque, dense, fibro-celluleuse, véritable kyste qui s'oppose à son développement, et détermine probablement les vives douleurs que ressentent les malades.

Ces tumeurs ne sont jamais le siége d'aucune inflammation, pas même de rougeur. Le tissu cellulaire qui les environne n'offre point d'altération. La peau qui les recouvre est ordinairement saine, sans adhérence dans le plus grand nombre des cas, conservant sa couleur; mais quelquefois elle est altérée, violette, adhère fortement à leur surface et les rend immobiles. On ne trouve dans leur épaisseur, non plus qu'à leur surface, aucun filet nerveux; elles sont indépendantes de ces organes; voici une observation à l'appui de cette opinion.

Obs I. — *Tubercule à la partie supérieure et externe de la cuisse droite. — Excision. — Guérison.* — Au nº 22 de la salle Saint-Jean (Hôtel-Dieu de Paris), était couchée la nommée Marie Cordier, blanchisseuse, âgée de cinquante-cinq ans, d'une constitution lymphatique, ayant les chairs molles et face la bouffie, etc., entrée à l'hôpital le 17 septembre 1828, pour une petite tumeur située à la partie supérieure et externe de la cuisse droite, que l'on sentait à peine sous la peau, et qui était le siége des douleurs les plus vives depuis dix-huit mois. Cette femme croyait devoir attribuer le développement de cette tumeur à un coup qu'elle se donna sur la cuisse droite, en cirant un appartement, quelque temps avant d'éprouver les premières douleurs, qui, d'abord légères, étaient devenues insupportables; la pression, dès le début, ne les aug-

mentait pas. La malade dit qu'alors on n'apercevait pas de grosseur, que l'on ne sentait pas de durillon, que peu à peu les douleurs avaient augmenté d'intensité, qu'elles revenaient à des intervalles plus rapprochés, et qu'enfin, au mois d'avril 1828 seulement, elle avait senti pour la première fois une petite tumeur dure sur l'endroit douloureux; la pression la faisait beaucoup souffrir, elle lui causait des élancements semblables à ceux qui résulteraient de la piqûre d'une aiguille, qui l'empêchaient quelquefois de dormir et même de marcher. Elle consulta à cette époque un médecin, qui lui fit appliquer des sangsues sur la tumeur, des vésicatoires volants sur la hanche, le grand trochanter, le genou : ces moyens, au lieu de diminuer les douleurs, les augmentèrent, au dire de la malade, et la forcèrent à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le 18 octobre, la malade disait ne pas avoir dormi de la nuit; elle était en proie à des douleurs très vives, qui étaient presque continues, et qui, partant de la partie supérieure et externe de la cuisse droite, où existait une petite tumeur dure, mobile, ne diminuant pas de volume par la pression, soulevant à peine la peau, qui avait conservé sa couleur, s'étendaient en rayonnant vers le genou, la jambe, la hanche, les lombes, l'hypogastre du côté malade; le toucher le plus léger exaspérait ces douleurs.

Le 20, la petite tumeur fut extirpée : une incision en T suffit pour la mettre à nu; elle fut saisie, attirée au moyen d'une érigne double, et un coup de bistouri suffit pour la détacher du tissu cellulaire. Au même instant, la malade se trouva soulagée; elle avait de la peine à revenir de son étonnement; elle ne pensait pas aux douleurs de la petite opération, tellement étaient horribles celles qu'elle éprouvait quelques secondes auparavant. Les bords de la plaie furent rapprochés immédiatement.

La tumeur offrait la forme et le volume d'un gros pois; elle était environnée d'une petite quantité de tissu cellulaire très sain; sa surface n'offrait aucune trace d'inflammation, pas même de rougeur, non plus que son intérieur ; elle était lisse, son tissu dur, élastique, homogène, d'un blanc terne, sans

vestiges de cavités ni de cloisons, se laissant facilement pénétrer par l'ongle en faisant entendre un léger bruit, revêtue par un kyste très dense, opaque, sans adhérences avec lui, quoique immédiatement appliqué à sa surface extérieure, et paraissant de nature fibro-cellulaire.

La plaie ne s'est cicatrisée qu'après avoir suppuré pendant quelques jours. La malade est sortie parfaitement guérie, et ne ressentant plus la moindre douleur, le 7 novembre 1828 (1).

Obs. II.— *Ganglion situé sur le nerf de la cinquième paire. — Section d'une branche sans succès. Extirpation du corps. — Guérison.* — Une femme vint à notre visite, se plaignant depuis plusieurs années de douleurs atroces à la joue, que l'on avait crues tantôt rhumatismales, tantôt dues à une névralgie du nerf sous-orbitaire : sangsues, saignées, vésicatoires volants, pilules de Méglin, rien n'avait pu les calmer. Un des médecins qui furent consultés, convaincu que ces douleurs tenaient à une affection des nerfs, fit la section du sous-orbitaire, à la sortie du trou du même nom. Au lieu de diminuer, elles devinrent plus fortes; elles étaient insupportables, lorsque nous vîmes la malade pour la première fois. En promenant les doigts sur le siége du mal, nous sentîmes une petite tumeur dure, mobile sous la peau, qui conservait sa couleur; la pression qu'on exerçait sur elle causait les plus vives douleurs. J'en fis l'extirpation, et au même instant la malade fut soulagée, et depuis elle n'a plus rien ressenti.

Il est bien évident que si elle eût été formée aux dépens d'un filet nerveux de cette branche de la cinquième paire, ou appliquée sur lui spécialement, la section du nerf eût à l'instant fait cesser la douleur; mais elle persista au contraire, devint même plus vive, et ne disparut qu'avec la petite tumeur.

Nous rapprocherons de ce fait le suivant qui présente avec lui beaucoup d'analogie.

Obs III. — *Ganglion situé sur le trajet du nerf sous-orbitaire. — Erreur de diagnostic. — Extirpation. — Guérison.*

(1) Observation recueillie par M. Jaume.

— Monsieur ***, ancien militaire, employé aux contributions indirectes, âgé de cinquante ans, célibataire, avait eu dans sa jeunesse plusieurs affections vénériennes; de temps en temps il avait des attaques de rhumatisme; les symptômes en étaient peu intenses, et la durée peu prolongée : depuis deux ans, douleurs dans le côté droit de la face, partant de la pommette, se répandant sur la joue, les paupières et le front du même côté, revenant d'abord par accès assez modérés, et assez éloignés, augmentant peu à peu d'intensité, et devenant continues, avec redoublement à des intervalles irréguliers. On regarda ces accidents comme une névralgie sous-orbitaire : on eut recours aux applications de sangsues aux tempes et derrière les oreilles, aux différentes préparations d'opium, aux pilules de *Méglin*, aux vésicatoires volants, aux moxas; la belladone fut administrée à l'intérieur, le tout sans succès Au mois de mars 1828, le médecin qui m'a communiqué cette observation vit le malade : la douleur était continue, les mouvements de la mâchoire et de la face, le rire, le passage de la main sur la joue, déterminaient son apparition; quand elle était vive, elle causait du larmoiement, le clignotement des paupières; la salive affluait dans la bouche en grande quantité. On voyait extérieurement une petite saillie sous la pommette, un peu en dehors du trou sous-orbitaire; dans ce point on sentait une petite tumeur arrondie, dure, roulante sous la peau; lorsqu'on la saisissait entre les doigts pour en apprécier le volume et la forme, on déterminait des douleurs violentes qui se communiquaient à tout le côté droit de la face, et duraient pendant plus de vingt minutes. La cause de la maladie était connue; c'était à cette tumeur qu'il fallait attribuer toutes les souffrances du malade. On lui proposa l'opération; il y consentit avec empressement. Une incision mit la tumeur à découvert; on la saisit avec une érigne, et des ciseaux courbés sur le plat l'isolèrent du tissu cellulaire. Elle était du volume d'un petit pois, et offrait tous les caractères de couleur, de texture, de densité et d'élasticité des tumeurs de cette nature.

Dès le moment de l'opération les douleurs ont cessé, et

n'ont plus reparu. La petite cicatrice, de quatre à cinq lignes de hauteur, forma une ligne à peine sensible, qui se confondit avec la ligne verticale de la joue.

Il est facile de voir que la description que les auteurs ont donnée du premier degré du cancer ou squirrhe est exactement semblable à celle des tumeurs dont il est ici question. M. Cruveilhier, dans son essai d'Anatomie pathologique faite d'après les leçons de M. Dupuytren, dit, en parlant du squirrhe, qu'il est formé d'un tissu fibreux et cellulaire pénétré d'albumine. Enfin, comme le squirrhe, ces tumeurs sont douloureuses dans le plus grand nombre des cas, indolentes dans d'autres circonstances.

Obs. IV. — *Ganglion situé au-devant du radius. — Extirpation. — Guérison.* — Une femme, âgée de cinquante-neuf ans, portait une petite tumeur située immédiatement sous les téguments à la face antérieure de l'avant-bras, au-devant du radius, à trois pouces environ au-dessus du poignet. Cette tumeur, modérément mobile, ayant le volume d'un gros pois, était d'une dureté considérable au toucher et excessivement sensible. La malade ne souffrait nullement si on ne la comprimait pas; dans le cas contraire, la douleur s'étendait du siége du mal vers le tronc, et non vers les doigts. Elle s'accrut pendant sept ans d'une manière insensible et resta un an stationnaire. Elle fut extirpée au moyen d'une petite incision faite à son centre; elle était évidemment de la nature de celles dites *enkystées*.

Leur marche lente et chronique, continue M. Dupuytren, s'explique par leur dureté et la nature de leur enveloppe. Enfin, leur tendance au ramollissement après un temps plus ou moins long est une nouvelle preuve de leur nature squirrheuse. Lorsqu'elles ont subi la dégénération, la maladie se reproduit dans les ganglions lymphatiques voisins, si on les extirpe; j'en ai enlevé une, à la partie supérieure du bras; elle était déjà ramollie: au bout de quelque temps, les glandes lymphatiques de l'aisselle s'engorgèrent et le mal repullula.

L'âge et le sexe paraissent exercer une influence sur le

développement de ces tumeurs ; ainsi les femmes y sont plus sujettes que les hommes, et on les observe plus particulièrement depuis l'âge de trente-cinq ans jusqu'à soixante. La plupart des malades attribuent leur apparition à des coups, à des chutes faites sur la partie qui en est le siége. Dans quelques cas elles semblent avoir été produites par des piqûres.

Obs. V. — *Ganglion sur le trajet d'un doigt.* — *Opération.* — *Guérison.* — Un cordonnier s'était piqué le doigt avec son alène; peu après cet accident il ressentit une vive douleur; une petite tumeur se développa d'une manière insensible à l'endroit lésé, et sept ans après il éprouvait des paroxysmes de plus en plus aigus. On appliqua en vain le caustique; l'extirpation eut un succès complet; le malade n'éprouva plus aucune incommodité par la suite. Le tubercule était petit, dur, d'une texture cartilagineuse, et contenu dans un kyste(1).

On a vu quelquefois ces tumeurs se développer sous l'influence d'une affection rhumatismale, et disparaître ensuite dès que l'individu avait été soustrait aux causes qui avaient produit la maladie principale.

Obs. VI. — *Ganglion sur le gros orteil.* — *Changement de lieu.* — *Guérison.* — Un élève en médecine couchait dans une alcôve pratiquée dans l'épaisseur d'un mur très humide. Quelque temps après son séjour à l'hôpital, il eut un accès d'arthrite au gros orteil; bientôt il se développa sous la peau qui recouvre la saphène interne et le nerf une tumeur dure, du volume d'un grain de blé, qui, toutes les fois qu'on la touchait, occasionnait une douleur semblable à un choc électrique. Cet élève ayant obtenu des administrateurs un autre logement, fut, au bout de quelques jours, guéri du tubercule sous-cutané et de la névralgie.

En général les causes occasionnelles de ces tumeurs sont bien obscures, et dans le plus grand nombre des cas on ne sait à quoi les attribuer.

Les tumeurs fibreuses enkystées se développent le plus souvent aux membres et surtout aux membres inférieurs. On en

(1) Observation recueillie par M. Jaume.

a observé au dos, au scrotum, à la face, à la mamelle. Elles sont rarement multiples; lorsqu'il en existe plusieurs, elles sont parfaitement isolées les unes des autres.

Le plus souvent les malades éprouvent de la douleur dans la partie affectée long-temps avant de s'apercevoir d'aucune grosseur. Bientôt le moindre froissement des habits ou la plus légère pression sur la peau qui les recouvre détermine des élancements. Au bout d'un temps ordinairement fort long, elles se font sentir au-dessous des téguments qu'elles soulèvent quelquefois, et on les aperçoit alors facilement; elles sont le plus souvent mobiles, dures, et la moindre pression qu'on exerce sur elles est insupportable; la peau conserve sa couleur naturelle dans le plus grand nombre des cas; le plus souvent les douleurs reviennent par accès réguliers, vives, lancinantes comme dans le cancer; celles qui résultent de la pression ressemblent quelquefois à un choc électrique; elles s'étendent en rayonnant loin de la tumeur qui est leur point de départ, mais alors c'est qu'elles ont leur siége dans le voisinage d'un tronc nerveux assez considérable et agissent mécaniquement. D'autres fois elles sont continues et ne laissent que peu de relâche aux malades, qui ne dorment pas, et dont la santé s'altère rapidement. Si elles existent aux membres inférieurs, elles gênent et empêchent même la progression. Il y a des sujets irritables qui, pendant les paroxysmes, éprouvent de véritables spasmes convulsifs. J'ai été consulté, continue M. Dupuytren, pour une jeune femme qui portait depuis fort long-temps à la partie supérieure et postérieure de la cuisse un tubercule du volume d'un pois; elle souffrait horriblement depuis son apparition, la pression la plus légère exercée sur lui donnait aussitôt lieu à des convulsions; il fut enlevé, et au même instant les douleurs disparurent pour toujours. Dans beaucoup de cas elles restent indolentes, même à la pression, pendant un grand nombre d'années.

On a bien souvent confondu les douleurs produites par des tumeurs fibro-celluleuses enkystées, invisibles à cause de leur petitesse, avec celles que produisent les affections

rhumatismales ou les névralgies. Convaincu qu'on avait affaire à des affections de ce genre, on tourmentait en vain les malades par des applications de sangsues, des vésicatoires volants et par d'autres moyens plus énergiques encore. Les deux femmes dont nous rapporterons plus loin les observations, avaient supporté l'application des sangsues, des vésicatoires, sur toute la longueur du membre, bien que la tumeur fût très accessible à la vue et au toucher.

Dans les névralgies, les douleurs sont vives, s'étendent tout le long du nerf qui est affecté ; elles reviennent le plus souvent par accès et régulièrement, toutes les heures, tous les jours, toutes les semaines ; la pression ne les exaspère pas. Mais celles qui sont dues à une tumeur fibro-celluleuse enkystée ne reviennent pas par accès réguliers, elles sont quelquefois continues ; elles ne s'étendent pas toujours dans toutes les directions, la pression les rend atroces, et est souvent nécessaire pour que les malades s'aperçoivent de leur existence ; elles ne laissent jamais un intervalle de plusieurs heures sans les tourmenter.

Le nom de ganglion qu'on leur a donné pourrait les faire confondre avec ces tumeurs qui se développent dans la gaîne des tendons, le plus souvent au poignet, et qu'on a appelées du même nom ; mais l'indolence de celles-ci, leur siége, leur mobilité pendant la contraction des muscles, leur immobilité sous la peau, l'existence d'une cavité tapissée par une membrane synoviale et remplie par un liquide semblable à celui qui lubrifie les articulations, sont des caractères plus que suffisants pour faire éviter une erreur qui pourtant n'aurait aucun inconvénient.

On a vu quelquefois de petits lipomes, ayant subi la dégénérescence carcinomateuse, déterminer des douleurs très vives ; mais leur mollesse et surtout les cloisons qu'ils offrent, et qui sont remplies par une matière jaunâtre, graisseuse, lardacée dans certains points, fibreuse dans d'autres, suffiraient pour éclairer à cet égard. MM. Sanson et Begin, dans la dernière édition de la médecine opératoire de Sabatier, parlent d'une femme affectée d'un pareil lipome qui lui

causait des douleurs tellement fortes que sa santé en était altérée.

Enfin il serait plus facile de confondre les tumeurs enkystées de nature fibro-celluleuse avec des tumeurs affectant le tissu nerveux que l'on a appelées *névromes*; cependant celles-ci ont une cavité remplie par une substance plus ou moins liquide, tandis que les autres n'offrent ni cavité, ni cloisons; les névromes sont susceptibles d'acquérir un assez grand volume; les tumeurs fibro-celluleuses enkystées prennent peu de développement; les névromes existent plus fréquemment dans les gros troncs nerveux, les autres sont presque toujours sous-cutanées et loin des gros nerfs; les premiers sont très souvent multiples et les secondes ordinairement isolées.

Si la tumeur est mobile, si la peau qui la recouvre est de couleur naturelle, si elle est située dans un lieu éloigné d'organes importants, comme un vaisseau, un nerf considérable; si, en un mot, elle est sous-cutanée, le pronostic est très favorable. Si, au contraire, elle est immobile, adhérente à la peau qui est devenue violette, et qu'elle commence à se ramollir, le pronostic est plus fâcheux. Car alors si on l'enlève, le mal, ainsi que nous l'avons dit précédemment, se reproduit dans les ganglions lymphatiques voisins, et les malades ne tardent pas à présenter tous les symptômes qu'entraîne après elle la diathèse cancéreuse.

Les caustiques ont été quelquefois mis en usage pour détruire ces tumeurs; mais, dit M. Dupuytren, ils hâtent le ramollissement sans enlever complétement la maladie. Quelques observations, à la vérité très rares, sembleraient recommander l'emploi des narcotiques sur la tumeur chez les individus à qui l'idée seule d'un instrument cause une frayeur indicible. Une femme de soixante ans portait un tubercule à la partie postérieure et interne du genou; elle n'avait jamais voulu se décider à aucune opération, malgré l'intensité des douleurs qu'elle éprouvait. Des narcotiques long-temps appliqués sur le siége du mal les calmèrent, et depuis elles n'ont plus reparu.

Le moyen le plus sûr, le plus prompt et le moins doulou-

reux, continue M. Dupuytren, est l'extirpation. Lorsque ces tumeurs sont très petites, une légère incision longitudinale faite sur le lieu qu'elles occupent, suffira; si elles sont un peu plus volumineuses, comme un gros pois, une incision en T sera peut-être nécessaire; dans les deux cas, il faut saisir la tumeur, après l'avoir mise à nu, au moyen d'une érigne double, l'attirer au-dessus du niveau de la peau, et, avec un bistouri, la séparer du tissu cellulaire qui l'unit aux parties environnantes; les bords de la plaie sont ensuite rapprochés immédiatement, et maintenus en contact au moyen de quelques bandelettes agglutinatives.

Si la peau qui recouvre la tumeur est bleuâtre, adhérente, il faut l'enlever avec elle; si la tumeur est déjà ramollie, il faut bien se garder d'y toucher.

Terminons cette leçon par des faits qui retraceront fidèlement les considérations dans lesquelles le professeur est entré.

Obs. VII. — *Ganglion pris pour une affection rhumatismale. — Extirpation. — Guérison.* — Hareng (Marie), âgée de cinquante-cinq ans, mariée, journalière, vint à l'Hôtel-Dieu, le 13 octobre 1828, pour y être traitée de douleurs continues, très vives, et présentant des exacerbations par accès irréguliers. Cette femme, d'une bonne constitution, et qui avait cessé d'être réglée, faisait remonter l'origine de son mal à dix-huit mois; obligée, par son état, de s'exposer souvent à l'action d'un froid humide, elle l'attribuait à un rhumatisme. On avait épuisé, contre cette affection prétendue rhumatismale, presque tous les moyens locaux employés dans ce genre de maladie. Les douleurs continuèrent, s'exaspérant par la moindre fatigue. Elles présentaient deux caractères principaux : 1° leur continuité; 2° des accès revenant quatre fois dans vingt-quatre heures, et se prolongeant de quelques minutes à une heure. Ces crises pouvaient être déterminées par la compression ou par un coup porté sur une tumeur, située à la partie droite interne supérieure de la cuisse. Elles consistaient en des élancements et des engourdissements dirigés de la partie supérieure de la cuisse vers

le genou. Elles étaient si vives, que la malade ne pouvait répondre ; elle s'agitait, poussait des cris, et disait qu'il lui semblait qu'on lui arrachait les parties qui en étaient le siége. Lorsque M. Dupuytren examina la malade, il reconnut que les douleurs n'étaient pas rhumatismales, mais qu'elles étaient dues au développement d'un corps fibreux sous-cutané. La pression reproduisait les crises dont nous avons parlé, tandis qu'elle ne déterminait aucun accident sur les parties environnantes. Il se décida à l'enlever, et l'extirpation en fut faite le 20 octobre : une incision en T, dont chaque branche a un pouce d'étendue environ, est pratiquée ; la peau et le tissu cellulaire graisseux étant divisés, le tubercule paraît au milieu de la graisse ; il est blanc ; on le saisit avec une érigne, et on l'enlève au moyen d'un bistouri boutonné. Les douleurs cessent immédiatement. La plaie est réunie à l'aide de bandelettes agglutinatives.

L'examen de la tumeur fit voir qu'elle était environnée d'un tissu cellulaire normal. Elle avait le volume d'une petite aveline ; sa forme était sphéroïdale, sa couleur d'un blanc un peu terne, sa consistance assez grande ; elle était élastique et bondissait sur le pavé ; elle n'offrait aucune rougeur, aucune trace de vaisseaux ; dans son intérieur, on ne remarquait ni cavité ni matière épanchée ; enfin, elle était formée d'une enveloppe fibreuse et d'un tissu fibro-celluleux où prédominait l'élément fibreux.

Les jours qui suivirent l'opération n'offrirent rien de remarquable ; la plaie marcha vers la cicatrisation, et le 8 novembre la malade sortit radicalement guérie (1).

Obs. VIII. — Le docteur Audibert fut consulté par une malade qui, depuis dix ans, éprouvait des douleurs atroces dans la cuisse, le genou et la jambe du côté gauche. Elle avait pris tous les remèdes qu'on peut employer contre les affections rhumatismales, nerveuses, etc., etc. Instruit par l'expérience de M. Dupuytren, et se rappelant les nombreux exemples que la pratique de ce dernier lui avait fournis,

(1) Observation recueillie par M. Fournier d'Arras.

M. Marx, appelé en consultation, examina avec soin le membre abdominal de cette malade, et trouva sous la peau de la face interne du genou gauche une petite tumeur du volume d'un pois ; cette tumeur était roulante, et lorsqu'on appuyait sur elle, les douleurs étaient si vives que la malade perdait connaissance. Une petite incision fut faite à la peau, et avec une curette l'opérateur enleva la tumeur, qui n'avait, ainsi que nous l'avons dit, que le volume d'un petit pois. Un morceau de taffetas d'Angleterre servit à rapprocher cette petite incision. Depuis ce moment, la malade a été complétement débarrassée de ses douleurs.

M. Marx apporta la tumeur à M. Dupuytren, qui l'examina avec soin ; il trouva qu'elle était formée à l'extérieur d'une membrane de nature fibro-celluleuse, et à l'intérieur d'un corps fibreux à couches concentriques, et assez semblable aux corps fibreux qui sont placés entre les vertèbres.

Les observations contenues dans cet article montrent que les tumeurs fibro-celluleuses enkystées peuvent se développer dans toutes les parties du corps ; que les causes qui les déterminent sont variées, quelquefois obscures, mais que l'art chirurgical en triomphe complétement.

Obs. IX. — Madame P..., femme d'un employé à l'entrepôt des vins, éprouvait depuis trois ans des douleurs atroces dans la jambe droite ; ces douleurs revenaient trois, quatre fois par jour, et chaque fois leur violence causait une syncope. Plusieurs médecins avaient été consultés, et tous les moyens imaginables avaient été mis en usage sans succès. Madame P... consulta M. Marx, qui trouva sur la partie moyenne et antérieure de la jambe, sur la crête même du tibia, une petite tumeur fibreuse de la grosseur d'un noyau de cerise. Il fit voir cette malade à M. Dupuytren. Une incision fut faite sur elle, et une pression la fit sortir. Elle était de nature fibreuse, enveloppée d'un kyste cellulo-fibreux. Dès ce moment les douleurs cessèrent ; un érysipèle se développa autour de la petite plaie, il céda à quelques légers laxatifs. La malade fut parfaitement guérie au bout de dix jours. Revue depuis, elle n'a jamais éprouvé de douleurs (1).

(1) Observations recueillies par M. Marx.

ARTICLE X.

DU PHLEGMON DIFFUS ET DE L'ANTHRAX. — CARACTÈRES DISTINCTIFS. — TRAITEMENT.

Nous vous avons souvent entretenus dans nos leçons cliniques, dit M. Dupuytren, d'une espèce de phlegmon auquel, il y a près de vingt ans, nous avons donné le nom de *Phlegmon diffus*, désignation qui depuis a été généralement adoptée parmi nous. Cette maladie, quoique très fréquente et fort grave, a été complétement passée sous silence par la plupart des auteurs, confondue par d'autres avec ses complications, et décrite par les écrivains modernes sous les noms de phlegmon érysipélateux, d'érysipèle phlegmoneux, d'érysipèle traumatique. Plusieurs auteurs l'ont confondue avec la phlébite, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et quelques autres affections.

L'expression de phlegmon *diffus* a été admise pour distinguer cette maladie de celle que nous appelons phlegmon *circonscrit*. D'où vient cette différence? Il vous suffira de reporter votre attention sur les phénomènes de l'une et de l'autre pour vous en rendre compte.

Obs. I. — *Phlegmon circonscrit à la cuisse.* — Un homme, à la suite d'un effort, éprouva une douleur à la partie supérieure et interne de la cuisse. A cette douleur succédèrent bientôt de la rougeur, de la tuméfaction, et de la tension dans la partie; une fièvre locale survint. Cependant ces accidents ne furent pas assez intenses pour déterminer une réaction générale. Mais le mal s'étant accru, le malade se trouva dans l'impossibilité de travailler et de marcher, et il entra à l'hôpital. Ayant vu fréquemment, dit le professeur, des excoriations légères situées au pied ou à la jambe, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui se rendent au pli de l'aine, être la cause de phlegmons souvent fort considé-

rables, nous eûmes soin d'examiner attentivement ces parties le jour de notre première visite. Nous n'y trouvâmes rien qui pût être considéré comme la cause du mal, et nous fûmes porté à admettre l'existence d'un phlegmon *idiopathique*, c'est-à-dire développé sous l'influence d'une cause locale, interne ou externe, mais sans aucun effet étranger ou éloigné de son siége.

La peau était rouge en ce lieu, chaude, tuméfiée, tendue; la moindre pression y déterminait une vive douleur; et, pour le dire en passant, le phlegmon qui, depuis des siècles, a été pris pour le prototype de l'inflammation, justifiait parfaitement dans ce cas l'opinion des anciens sur cette maladie. Mais je dois ajouter aussi que dans toutes les inflammations le degré du mal varie : c'est ainsi que souvent un ou plusieurs des symptômes de l'inflammation phlegmoneuse manquent entièrement; que dans les phlegmasies internes, dites *latentes*, la douleur n'existe pas; que la tuméfaction est nulle ou presque nulle dans les phlegmasies des membranes séreuses, et surtout de l'arachnoïde. Néanmoins, dans ces sortes d'inflammations, on observe une légère tuméfaction, de l'engorgement dans le tissu cellulaire qui avoisine les membranes malades.

Lorsque le phlegmon est circonscrit dans un petit espace, continue M. Dupuytren, comme dans le furoncle, l'anthrax, etc., la fièvre est locale et bornée, et ne donne souvent lieu à aucuns phénomènes généraux. Mais s'il est large, étendu, s'il occupe l'aisselle ou le creux du jarret, une réaction symptomatique s'établit, la fièvre devient générale. Ce phénomène, il est vrai, n'est pas d'une absolue nécessité pour le diagnostic du phlegmon extérieur; mais il n'en est pas ainsi dans les phlegmasies internes. Ici cette réaction éclaire le jugement que l'on doit porter, non que toutefois le défaut de réaction générale suffise pour écarter l'idée de leur existence, car, je l'ai déjà dit, dans les phlegmasies chroniques, souvent la fièvre n'existe pas, ou du moins est fort peu apparente.

A propos de complication fébrile, il ne sera peut-être pas

inutile de vous rappeler que dans les opérations chirurgicales, à la suite, par exemple, d'une amputation de jambe ou de cuisse, il est une fièvre qui survient ordinairement le troisième ou quatrième jour de l'opération : c'est la *fièvre traumatique*, qui, facile à distinguer quand elle est simple et isolée, apporte les plus grandes difficultés dans le diagnostic, si elle est accompagnée, ce qui a lieu assez souvent, d'une phlegmasie interne, telle qu'une pneumonie, une hépatite, etc. Si cette phlegmasie interne ne détermine aucune douleur locale, si des symptômes bien tranchés ne la décèlent pas, cette complication fait le désespoir des médecins, et il devient impossible de distinguer si la fièvre tient à l'opération, si elle est le produit d'une phlegmasie interne, ou si elle résulte de ces deux causes à la fois. Bientôt, il est vrai, d'autres symptômes se déclarent, l'affection interne devient évidente; mais alors le mal est presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

Ce que nous venons de dire suffit pour vous fixer sur les principaux caractères du phlegmon *circonscrit*. Pour déterminer ceux du phlegmon *diffus*, nous prendrons encore un des nombreux exemples que vous avez observés dans cet hôpital, et nous passerons ensuite à l'exposition de nos principes sur cette maladie, ayant soin d'en appuyer par des faits les points principaux.

OBS. II. — *Phlegmon diffus à la jambe gauche, suite de contusion.* — La femme Damiens, âgée de soixante-huit ans, blanchisseuse, d'un embonpoint très considérable, se fait, en tombant dans sa chambre, une contusion assez forte à la ambe, mais sans complication de plaie. Une douleur d'abord légère et une rougeur fort circonscrite se manifestent; ces phénomènes font des progrès; la tuméfaction s'étend à toute la jambe, la fièvre se déclare, et la malade est conduite dans nos salles vingt jours seulement après l'accident.

A cette époque, la jambe avait acquis un volume considérable et était le siége d'une inflammation très vive; l'épiderme était détaché sur plusieurs points. A l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du membre, existait, sur sa face interne,

une escarre noirâtre, arrondie, de deux pouces d'étendue. Autour d'elle et en d'autres points de cette région on reconnaissait une fluctuation manifeste. L'escarre est divisée et on arrive jusqu'au foyer d'où il s'écoule une quantité considérable de pus sanieux, très fétide. Une contre-ouverture est pratiquée supérieurement et donne issue à un liquide de même nature. En comprimant les parties molles, il ne paraît pas qu'il y ait communication entre les deux foyers. La peau est décollée sur plusieurs points. Le membre est pansé et placé sur des oreillers. On pratique une petite saignée et on donne quelques lavements pour faciliter les selles qui sont suspendues depuis quelques jours. Une légère amélioration étant survenue, on met la malade dans un bain le lendemain. Le quatrième jour l'escarre se détache et laisse une large ouverture par où s'écoule un pus fétide en très grande abondance. Le cinquième, le mal fait des progrès et s'étend bientôt sur la plus grande partie du membre, malgré les applications de sangsues réitérées que l'on avait faites.

Dans d'autres régions, dit M. Dupuytren, le phlegmon érysipélateux diffus se termine fréquemment par résolution. Mais aux membres inférieurs la suppuration s'établit presque constamment. Le tissu cellulaire de ces parties tombe aussi rapidement en suppuration que celui des paupières et des bourses. Cette terminaison est très fâcheuse dans le phlegmon diffus; elle entraîne la destruction du tissu cellulaire. En effet, le pus est exhalé, non pas dans une seule cellule, non pas dans un foyer général, mais dans chaque cellule particulière, dans une foule innombrable de foyers distincts. Aussi, lorsque la suppuration se déclare dans le phlegmon, le tissu cellulaire gangrené tombe par larges lambeaux; j'en ai extrait souvent, dit M. Dupuytren, qui avait un demi-pied de longueur. A cette époque l'évacuation purulente a lieu; mais en même temps d'autres phénomènes s'annoncent: la peau amincie, privée de nourriture, devient violette et est à son tour frappée de mort, mais par défaut de nutrition et non par inflammation.

Cette gangrène consécutive de la peau, fort commune aux

membres inférieurs et surtout à la jambe, où les artères nutricières, les tibiales antérieure et postérieure, les péronières, logées profondément dans le tissu cellulaire, ne communiquent avec le derme que par des anastomoses très déliées, et où la destruction du tissu cellulaire entraîne celle de presque toutes ces petites ramifications vasculaires ; cette grangrène consécutive, disons-nous, est fort rare à la tête. Là, cependant aussi, le phlegmon diffus est fréquent, mais la disposition des artères est tout autre : situées entre la peau et l'aponévrose occipito-frontale, les artères temporales, frontales, occipitales, tiennent tellement à la peau, que dans les dissections il est fort difficile de les en détacher.

Si un phlegmon survient dans cette région, son siége constant est entre le péricrâne et l'aponévrose ; si la suppuration a lieu, et que, prompte et bornée au tissu cellulaire, elle n'ait pas endommagé le péricrâne, la maladie n'est pas mortelle ; elle l'est au contraire si le péricrâne est à nu ou détruit. Mais la peau échappe à la destruction, parce que les artères continuent à lui apporter une nourriture suffisante ; lors même que la totalité du tissu cellulaire crânien serait détruite, sa chute ne ferait pas cesser les communications artérielles avec la peau. Nous n'avons vu, ajoute le professeur, qu'un seul cas, il y a deux ans environ, où la peau elle-même ait été frappée de gangrène.

Les *causes* du phlegmon diffus, continue M. Dupuytren, sont nombreuses. Il est la suite fréquente de la saignée, lors même que cette opération a été bien faite et avec un instrument très propre. On en trouve des exemples dans les ouvrages d'observateurs très anciens, et nous en avons vu nous-même quelques uns. La nature et la cause des accidents qui peuvent succéder à la saignée n'ont été bien connues que dans ces dernières années. A une certaine époque, on les attribuait à la piqûre d'un nerf ; plus tard, à la lésion d'une aponévrose ou d'un tendon. Après la découverte des vaisseaux lymphatiques, l'inflammation de ces vaisseaux fut regardée comme la seule cause de tous les désordres. Enfin, quelques médecins ont attribué à la plébite toutes les consé-

quences fâcheuses de la saignée. On sait aujourd'hui que plusieurs maladies peuvent en être la suite et dépendre de diverses circonstances.

Lorsque le phlegmon diffus est le résultat de cette opération, tantôt la petite ouverture faite par la lancette se ferme, comme dans les cas ordinaires, et ne se rouvre pas ; tantôt elle se ferme et se rouvre plus tard ; mais le plus souvent la cicatrisation n'a pas lieu. Dans tous les cas, il survient bientôt un gonflement énorme qui se borne à l'avant-bras ou s'étend au bras, à l'aisselle, etc., si des soins convenables ne parviennent à en arrêter la marche. Quelquefois la veine participe à l'inflammation, d'autres fois elle reste saine. Voici un exemple de phlegmon diffus développé par une cause de cette nature.

Obs. III. — *Phlegmon diffus du membre inférieur droit, suite d'une saignée au pied.* — Une jeune femme de vingt-cinq ans, blanchisseuse, d'une bonne constitution et d'un tempérament lymphatique, avait été reçue dans une salle de médecine pour des accidents occasionnés par une suppression des règles. On jugea une saignée au pied nécessaire ; elle fut pratiquée, mais, nous devons le dire, très maladroitement : la lancette fut enfoncée à trois reprises sur la malléole externe droite sans qu'on ait pu obtenir du sang. Un élève plus habile arriva et ouvrit facilement la saphène du côté gauche. Les premières piqûres avaient été très douloureuses ; cette douleur persista, et dix jours après la saignée, le pied droit était fortement tuméfié. La tuméfaction augmenta et s'étendit à la jambe ; la peau était rouge, chaude, tendue ; des douleurs très vives s'y faisaient sentir, et étaient accompagnées d'insomnie et d'une fièvre brûlante. On fit appliquer des sangsues à plusieurs reprises et en grand nombre, prendre des bains, couvrir le pied et la jambe de cataplasmes émollients. Malgré ces moyens, l'inflammation continua à se propager et gagna le genou ; la jambe tout entière était d'un volume énorme, et en quelques points on sentait déjà de la fluctuation. Bientôt l'inflammation la plus intense envahit toute l'extrémité ; les idées de la malade se troublent, il survient du délire, des en-

vies de vomir, du dévoiement, une sensibilité morbide à l'abdomen. C'est dans cet état qu'elle fut transportée dans notre service, vingt jours environ après l'accident.

On pratiqua aussitôt une saignée au bras, et, sur le dos du pied, deux longues incisions qui donnèrent issue à une grande quantité de pus fétide et sanieux ; enfin, on fit une troisième incision large et profonde à la partie supérieure et interne de la jambe où existait également une vaste collection purulente. Le délire continua toute la nuit, et le lendemain les vomissemennts persistaient. (Trente sangsues sur l'épigastre.)

Le troisième jour, la peau de la face dorsale du pied était tombée en gangrène et les extenseurs des orteils mis à nu. Le délire avait cessé, mais la malade était dans un grand accablement; le dévoiement continuait, la cuisse était le siége d'une tuméfaction considérable et d'une inflammation des plus intenses. (Quarante sangsues sur cette partie.) Le quatrième jour, la fièvre est beaucoup moins forte, la soif modérée, le dévoiement léger ; mais une nouvelle collection purulente s'est formée à la région inférieure externe de la cuisse. On y pratique une large incision par laquelle s'écoule une prodigieuse quantité de pus sanieux. Ainsi qu'on l'avait déjà fait pour les autres ouvertures, on a soin de maintenir béantes les lèvres de celle-ci à l'aide de bandelettes de linge ; le membre est enveloppé d'un large et épais cataplasme émollient.

Le décollement de la peau du pied et de la jambe faisant chaque jour de nouveaux progrès, M. Dupuytren se demande s'il y a urgence de faire l'amputation du membre. A la vérité, malgré les nombreuses causes d'épuisement, les forces de la malade se soutiennent. Mais sur quel point pourra-t-il pratiquer cette opération ? On vient de voir que déjà le mal s'était propagé à la cuisse, qu'il s'y était formé des collections purulentes. D'un autre côté, la fièvre était très forte, le dévoiement persistait. M. Dupuytren vit dans ces circonstances une contre-indication à l'opération, et tous ses soins furent dirigés dans le but de diminuer l'intensité des accidents, d'arrêter la diarrhée, de calmer la fièvre, de soutenir les forces. Le membre était pasné deux fois par jour.

Ce ne fut qu'environ six semaines après le début de la maladie que l'inflammation parut franchement céder. Les tendons des extenseurs s'exfoliaient et tombaient dans le bassin à pansement ; le travail de recollement et de reproduction de la peau commençait à s'opérer ; le dévoiement n'existait plus, il n'y avait plus de fièvre. On put alors se féliciter d'avoir, en temporisant, donné à la nature le temps de développer toutes ses ressources, et conservé à la malade un membre aussi nécessaire.

Au bout de deux mois, elle avait repris son teint naturel, de l'appétit, dormait bien et ne souffrait plus ; les incisions pratiquées à la cuisse et à la jambe étaient cicatrisées ; la plaie résultant de la destruction de la peau était couverte de bourgeons charnus, celluleux et vasculaires ; celle-ci était encore entourée d'un gonflement assez prononcé, mais sans caractère inflammatoire. Le pansement ne consista plus dès lors qu'en des applications de linge fin, troué et enduit de cérat, de charpie et de compresses. Mais on recommanda expressément à la malade de ne pas exécuter des mouvements qui auraient pu déchirer la cicatrice déjà commencée. Tous les trois jours on réprimait avec le nitrate d'argent l'exubérance des bourgeons charnus.

Vers la fin du troisième mois, il se forme un petit foyer purulent derrière la malléole externe du pied droit ; on y trouve de la fluctuation. On en fait l'ouverture, le pus s'écoule, et huit jours suffisent pour la guérison de ce petit abcès. Peu de jours après les règles surviennent, la malade marche rapidement vers la guérison, et elle sort de l'hôpital vers le milieu du quatrième mois, ne pouvant encore exécuter que de faibles mouvements avec le membre malade. Au bout de quelque temps, elle fait, en voulant courir, une petite déchirure à la cicatrice du pied, et elle revient à l'hôpital. En peu de jours elle est guérie, mais on lui conseille de porter long temps un bas de peau lacé et d'éviter tout effort capable de reproduire le même accident.

Après vous avoir démontré par un exemple, dit M. Dupuytren, les suites fâcheuses d'une saignée faite par une

main inhabile, reprenons la série des autres causes du phlegmon diffus. La ligature d'une veine peut aussi donner lieu à cette maladie, et dans ce cas comme dans celui qui précède, la veine est ou n'est pas enflammée ; quoi qu'il en soit, l'inflammation diffuse peut occuper toute l'épaisseur du membre ou suivre le trajet du vaisseau, et alors elle n'est diffuse que dans le sens de la longueur.

Le phlegmon diffus est la plus fréquente des maladies déterminées par l'application d'un principe morbide sur la peau ou sur le tissu cellulaire; accident auquel sont exposés tous ceux qui font des ouvertures de cadavres ou qui se livrent aux dissections. On l'a vu dans quelques cas n'être accompagné ni d'inflammation des vaisseaux lymphatiques, ni d'engorgement des glandes de l'aisselle. Néanmoins, l'engorgement de ces organes, la rougeur de la peau dans le trajet des vaisseaux lymphatiques, et une douleur plus ou moins vive aux mêmes régions, sont les premiers symptômes que l'on remarque le plus ordinairement.

Les fatigues excessives par suite de marches forcées sont aussi l'une des causes les plus fréquentes du phlegmon diffus, et cette maladie présente alors une telle intensité, s'accompagne de symptômes tellement graves, que la mort en est le résultat presque constant. Cette gravité est due à deux causes, l'une locale, l'autre générale : la fatigue du membre inférieur et l'épuisement de la force nerveuse par l'action prolongée des muscles.

Les personnes atteintes d'une fracture comminutive, surtout si elle a été occasionnée par un coup de feu, sont très sujettes à une inflammation consécutive qui a son siége dans les environs de la partie fracturée de l'os. Cette inflammation prend souvent alors le caractère du phlegmon diffus. On l'observe aussi très fréquemment après les opérations majeures, et comme complication des plaies de diverses espèces, et surtout des brûlures. Elle reconnaît encore pour cause le contact de matières âcres avec le tissu cellulaire, de topiques, peu irritants en apparence, avec la peau. Ainsi on l'a vue survenir à la suite de l'application d'un liniment

ammoniacal sur des piqûres de sangsues. Des observations nombreuses prouvent qu'elle peut être produite par des piqûres fort légères, de petites blessures, sans inoculation de venin ni d'autres principes morbides, par la morsure d'animaux venimeux, par un effort musculaire considérable, l'écrasement d'un doigt, le frottement de vêtements rudes, etc., etc. Enfin le phlegmon diffus se développe quelquefois spontanément, sans qu'on puisse lui assigner aucune cause. Appuyons de quelques faits les principes que nous venons d'exposer.

Obs. IV. — *Phlegmon diffus, large et profond du membre supérieur gauche, suite d'une morsure au petit doigt.* — Boyer, âgé de vingt-sept ans, ouvrier maçon, jouant avec un de ses compagnons, le terrassa; celui-ci se fâcha et lui mordit le petit doigt de la main gauche. La douleur fut très vive et il s'écoula beaucoup de sang. Cette douleur persista, et le lendemain il était survenu une tuméfaction qui s'étendit bientôt à la main, puis à l'avant-bras.

Dix jours après, époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le bras gauche présentait un volume plus que double de son volume naturel; la peau en était chaude, fortement tendue, douloureuse. Le petit doigt offrait à sa face antérieure une petite plaie transversale qui intéressait la peau, le tissu cellulaire, la gaîne tendineuse, et de laquelle s'échappait une petite quantité de pus blanchâtre. On trouve une fluctuation obscure dans la paume de la main. On y pratique une incision longitudinale, d'où s'écoule une assez grande quantité de pus. Le membre est placé dans la demi-flexion sur un oreiller, et couvert de cataplasmes émollients.

Mais, outre ces symptômes locaux, il y a une fièvre très forte; le pouls est rapide, la respiration précipitée, la peau chaude, couverte de sueur, la face animée, les yeux larmoyants. (Large saignée du bras, boissons adoucissantes, diète rigoureuse.)

Le douzième jour de l'accident, deuxième de son entrée à l'hôpital, le malade est beaucoup mieux. Les symptômes d'étranglement et les symptômes généraux sont en partie

calmés. Il s'est fait pendant la nuit une ouverture assez large sur le bord cubital de la main. Mais la partie supérieure de l'avant-bras étant toujours tendue et douloureuse, on y applique trente sangsues. (Bains locaux, cataplasmes.)

Le quinzième jour, il existe une fluctuation très marquée vers la tête du radius. On pratique une large incision dans laquelle on place une mèche après la sortie du pus. La fièvre est complétement disparue.

Le dix-septième jour, on remarque avec peine que le malade a quelques coliques et un léger dévoiement, complication toujours fâcheuse dans ces sortes de cas. (Demi-lavements émollients avec addition de huit gouttes de laudanum de Sydenham dans chacun, eau de riz gommée pour boisson.)

Au bout de huit jours, les symptômes d'irritation intestinale avaient cessé; la suppuration était toujours de bonne nature, mais l'inflammation continuait à faire des progrès, et le vingt-neuvième jour, on fut encore obligé de pratiquer une ouverture à la face interne et moyenne du bras pour vider un foyer purulent. Plus tard un autre petit abcès fut encore ouvert à la partie antérieure de l'avant-bras. Néanmoins, à partir de cette époque, la santé se rétablit promptement, et la guérison était complète moins de deux mois après l'accident.

Obs. V. — *Phlegmon diffus de l'extrémité supérieure droite*, *suite de l'introduction d'une épine dans le doigt médius. — Phlegmon diffus spontané de l'extrémité inférieure. — Mort.* — La femme Renout, âgé de quarante-sept ans, journalière, présentant les signes d'une décrépitude prématurée, s'introduit par accident une épine dans le doigt médius. Elle ne put rendre compte avec précision des phénomènes qui se succédèrent; mais il paraît, d'après son récit, que le doigt se tuméfia, que cette tuméfaction s'étendit bientôt à la main, à l'avant-bras et au bras; que des symptômes d'irritation gastro-intestinale s'étaient déclarés.

A l'époque de son entrée à l'hôpital, trois semaines après l'accident, la main et tout le membre thoracique du côté droit avaient acquis un volume trois fois plus considérable que

dans l'état naturel. Les symptômes d'étranglement étaient portés à un très haut degré. Le pouls était rapide, la peau chaude et sèche, la langue aride, les conjonctives rouges, le ventre douloureux à la pression. L'élève de garde pratique aussitôt une saignée au bras, et couvre le membre de cataplasmes. Le lendemain, on applique quarante sangsues sur le membre et spécialement sur la main. (Bains locaux plusieurs fois dans le jour, cataplasmes, position de l'extrémité dans la demi-flexion.) Ces moyens produisent une très grande amélioration.

Mais le cinquième jour, la malade accuse pour la première fois de la douleur au genou; on l'examine, et on y trouve un gonflement considérable avec fluctuation, sans changement de couleur à la peau. (Vingt sangsues, émollients, demi-flexion du membre, que l'on place sur des oreillers.)

Le septième jour, des foyers purulents sont ouverts sur la main et le long de l'extrémité inférieure du cubitus; les os sont dénudés. L'état de la malade inspire les plus vives inquiétudes. La tuméfaction a beaucoup diminué à l'extrémité supérieure, mais celle du membre inférieur a augmenté et s'est étendue au mollet et à la cuisse. Les symptômes gastriques acquièrent de l'intensité, des symptômes encéphaliques surviennent, et la malade succombe le neuvième jour de son arrivée à l'hôpital, malgré les soins les mieux entendus et les plus actifs.

Les faits dont nous venons de tracer l'histoire, reprend M. Dupuytren, vous donnent déjà une idée des caractères du phlegmon diffus, de sa gravité, de sa marche, de sa terminaison trop souvent fâcheuse et du traitement qui lui convient. Mais nous devons entrer dans quelques développements sur ces divers sujets.

Le début du phlegmon diffus, et surtout du phlegmon diffus spontané, s'annonce par un frisson plus ou moins vif; le frisson est suivi de chaleur, d'un véritable accès de fièvre. Cette fièvre devient continue, seulement elle a des paroxysmes et des rémittences jusqu'à deux ou trois fois par jour, lesquels ont souvent donné lieu à de graves méprises, ont été pris

pour les symptômes d'une fièvre intermittente, et combattus en conséquence par le quinquina. Nous croyons donc qu'il est véritablement utile d'insister sur la nécessité de distinguer cette fièvre symptomatique d'une fièvre véritablement intermittente, et d'en indiquer les moyens.

Une légère douleur à la peau se déclare fréquemment vingt-quatre, trente-six heures même avant le frisson. Plus d'une fois, dans le cas où cette douleur était le seul symptôme existant, il nous est arrivé de prédire l'apparition du phlegmon. La peau prend ensuite une couleur rouge, analogue à celle des roses ordinaires, plus pâle par conséquent que la rougeur vineuse des roses de Provins. Cette rougeur n'est pas uniforme; elle serpente sur la peau, et on pourrait croire alors tout aussi bien à l'approche d'un érysipèle simple que d'un érysipèle phlegmoneux, si un peu d'œdème n'existait dans le tissu cellulaire sous-cutané, si le doigt ne s'enfonçait et ne laissait une trace, un sillon, qui subsiste jusquà ce que la circulation rétablie ait ramené les parties à l'état primitif. Quel est le médecin qui, n'étant pas habitué à observer cette affection, pourrait, d'après ces seuls phénomènes, annoncer le développement d'une aussi terrible maladie?

Cependant les symptômes s'aggravent, la fièvre redouble, le doigt appliqué fortement sur la peau ne creuse plus de sillon, et rencontre au contraire une résistance marquée. La rougeur plus intense devient violacée, la peau luisante; des phlyctènes s'y manifestent, le tissu cellulaire acquiert de la densité, de la dureté; les sécrétions urinaires et autres sont altérées, diminuées, et quelquefois entièrement supprimées; les selles sont suspendues, le sommeil fuit le malade, l'agitation est extrême.

Arrivés à ce point les symptômes persistent, et pendant deux, trois ou quatre jours, le mal semble devenu stationnaire; la chaleur, la tension, la douleur, ne changent pas; les phlyctènes conservent le même aspect. Le médecin qu'une longue habitude de cette affection n'éclaire pas, trompé par la stagnation de la maladie, croit à la résolution et se flatte de voir le malade échapper au péril, alors que le péril est imminent, que la suppuration est déclarée.

Qu'à cette époque on incise la plaie et le tissu cellulaire, une sérosité lactescente s'en échappe ; elle est abondante, le pus rare. Quelques jours plus tard, l'incision amène peu de sérosité, beaucoup de pus. Encore quelques jours, et il sort une matière blanche comme du lait, consistante presque comme du lard ; la pression fait suinter à peine un peu de pus, le tissu cellulaire est alors *frappé de suppuration*, et ces mots équivalent à ceux-ci : *frappé de mort*. L'expérience seule apprend à se méfier de ce stade trompeur ; elle nous a souvent guidé dans notre pratique et fait prononcer, contre l'avis d'autres médecins moins habitués à observer cette maladie, l'existence de la suppuration.

Alors et dans un ou deux jours, la peau se décolle, s'ouvre, les phlyctènes percent ; il s'en écoule une sérosité violacée ; on aperçoit au-dessous de la peau des escarres blanches et quelquefois noires, qui s'étendent avec rapidité, et le médecin, étonné, effrayé de ces ravages, les reconnaît alors seulement qu'ils sont terminés.

L'époque du décollement de la peau est celle où se détachent des fragments du tissu cellulaire. Saisis avec les pinces, ils résistent d'abord, et quand on est parvenu à les extraire, si on les plonge dans l'eau, le pus s'en sépare; après cette séparation, si on les retient dans l'eau, on les voit recouverts d'une matière tomenteuse, semblable à celle qui revêt les enveloppes d'un fœtus de quatre, six et sept semaines à deux ou trois mois ; plus long-temps macérés, ils n'offrent plus qu'une trame cellulaire couverte de fausses membranes ; et enfin la trame cellulaire seule reste.

La peau est par conséquent décollée, ses adhérences sont détruites, on les soulève sans efforts, avec un souffle. Au-dessous, çà et là, s'aperçoivent de petites languettes, seuls moyens d'union qui existent encore entre le derme et les parties sous-jacentes ; ces languettes sont formées par quelques vaisseaux, par quelques nerfs que la destruction a épargnés. On doit bien se garder de détacher ces dernières adhérences, comme on le faisait il y a quelques cinquante ans.

A cette période de la maladie on trouve encore de la rou-

geur, de la sensibilité en quelques points de la peau ; mais ici c'est également par l'expérience qu'on apprend à ne pas s'en rapporter à ces signes trompeurs ; ces portions de peau n'en sont pas moins perdues, frappées de mort. En effet, au bout de quelques jours, elle se flétrit, perd sa couleur et sa sensibilité, devient violette, et tombe par défaut de nourriture et sans occasionner de la douleur.

Les ravages, continue M. Dupuytren, sont alors arrivés à leur terme, mais non les dangers du mal. Vous avez pu vous en convaincre dernièrement par l'exemple d'un homme qui avait fait une chute sur le genou. Un phlegmon érysipélateux survint et s'étendit rapidement à la jambe et à la cuisse, malgré les moyens les plus convenables, saignées, sangsues, larges débridements. L'aponévrose fémorale fut mise à nu ; le tibia, la rotule parurent couverts de leur seul périoste ; la jambe entière demeura privée de tissu cellulaire et de peau. Que peuvent les efforts de la nature contre de pareils désordres ? L'art échoue également. Une suppuration énorme et portée quelquefois jusqu'à une livre et demie ou deux livres de pus par jour, épuise rapidement les forces, et l'individu le mieux constitué, le jeune homme le plus vigoureux y succombent infailliblement. Encore si la suppuration était le seul symptôme fâcheux, peut-être pourrait-on espérer quelque chose des efforts réunis de la nature et de l'art ; mais des sueurs abondantes, un dévoiement de huit, dix, vingt selles et plus dans les vingt-quatre heures, l'accompagnent bientôt. En vain s'efforce-t-on de soutenir les forces, de combattre la diarrhée par tous les moyens, une troisième série de symptômes vient accabler les malades : presque toujours en effet, dans les derniers temps, des suppurations pleurétiques, pneumoniques ou hépatiques achèvent ce douloureux tableau. On dirait que le mal n'a pu s'épuiser sur le lieu primitivement envahi, qu'une faculté délétère d'inflammation et de suppuration s'est déclarée dans toute l'économie et s'accroît incessamment, ou que, comme le disaient les anciens, il existe chez ces malades une véritable *puogénie*. Plus de la moitié d'entre eux succombent à des hépatites, à des pleuré-

sies ou à d'autres inflammations internes. Telle est l'histoire de cette terrible affection, qui fait plus de victimes peut-être qu'aucune autre phlegmasie.

Le phlegmon diffus peut se compliquer avec les fièvres inflammatoire, bilieuse et adynamique. Les symptômes pléthoriques et bilieux se montrent dès le début de la maladie, et sur la fin dégénèrent souvent en symptômes adynamiques. Cette dernière complication se remarque surtout chez les vieillards et chez les personnes épuisées par les plaisirs ou la débauche; ajoutons que ces larges inflammations, pour le développement desquelles toutes les forces de l'économie semblent réunies en un seul point, occasionnent dans les autres parties du corps un affaiblissement général. Si donc un phlegmon diffus attaque un individu vieux et débile, si la maladie se termine par suppuration ou par gangrène, il est presque certain que l'adynamie surviendra; alors sécheresse de la langue, hébétude des sens, sorte d'ivresse, pouls petit, prostration, diminution notable de l'érysipèle par excès de faiblesse, desquamation de la peau, qui s'enlève quelquefois par larges plaques. Bientôt déjections involontaires, météorisme du ventre, délire, carpologie et mort du malade.

Les terminaisons funestes, avons-nous dit, s'observent assez fréquemment dans le phlegmon. Voici deux observations qui donneront une idée approximative des lésions qu'on constate après la mort.

Obs. VI. — *Phlegmon diffus de la jambe gauche. — Hyperthrophie du cœur. — Mort. — Autopsie.* — Damiens (Anne-Barbe), âgée de soixante-huit ans, mariée, blanchisseuse, entra à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier 1828. Elle était d'un embonpoint extraordinaire; mais les traits annonçaient la douleur. Nous apprîmes de ses parents qu'elle avait eu plusieurs enfants, et qu'elle avait été assez long-temps bien portante. Il y a huit ans cependant, sa vue s'affaiblit peu à peu, et elle fut traitée, mais en vain, pendant six mois, comme affectée d'amaurose; au même moment, elle commença à avoir des palpitations qui la tourmentaient beau-

coup. On lui pratiqua plus de six saignées, car elle paraissait devoir succomber à une congestion sanguine. Elle était presque réduite à l'inaction par la perte de la vue, lorsque, le 2 janvier, elle tomba dans sa chambre, et se fit une contusion assez forte, mais sans plaie, à la jambe gauche. Elle souffrit quelques jours sans rien dire, et le 15 janvier seulement, elle raconta son accident et montra sa jambe, qui était très enflammée; on y mit des cataplasmes émollients, mais voyant la tuméfaction augmenter et la fièvre s'emparer de la malade, on la conduisit à l'Hôtel-Dieu le 22 janvier. Elle fut reçue et couchée au n° 37 de la salle Saint-Jean.

État présent. — La face est rouge, animée, la respiration difficile et embarrassée, surtout quand la malade est couchée sur le dos. Le pouls est irrégulier et mou ; les battements du cœur s'entendent dans toute la poitrine; ils sont tumultueux et visibles à travers les parois de la cavité thoracique. L'abdomen, qui est très volumineux, présente au-dessus de l'ombilic une tumeur arrondie, molle, réductible, contenant beaucoup de graisse, et qui n'est autre qu'une hernie ombilicale par éventration ; d'ailleurs elle est quelquefois le siége de quelques douleurs; mais dans ce moment elle ne donne lieu à aucun accident. L'attention se porte sur la jambe gauche, qui est très tuméfiée; elle est le siége d'une inflammation vive; l'épiderme est détaché en quelques points; à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, sur la face interne, existe une escarre noirâtre, arrondie, de deux pouces d'étendue ; autour d'elle, et en d'autres points de la face interne de la jambe, on trouve une fluctuation qui indique la présence d'un liquide qui ne peut être autre que du pus.

On fend l'escarre, et on arrive jusqu'au foyer, duquel s'échappe une quantité considérable de pus sanieux très fétide; une contre-ouverture est pratiquée supérieurement et donne aussi issue à une suppuration de même nature. En comprimant les parties molles, il ne paraît pas qu'il y ait communication entre les foyers ; la peau paraît décollée en plusieurs endroits. On laisse des mèches dans les ouvertures; on couvre la jambe de cataplasmes, après l'avoir placée sur

un oreiller ; on fait une petite saignée du bras, et on arrange le lit de la malade de manière à ce qu'elle soit presque assise ; c'est la seule position qui lui convienne et qu'elle puisse garder. On apprend que depuis long-temps il n'y a pas de selles ; on n'ordonne que des demi-lavements émollients, car on craint de provoquer un dévoiement qui abrégerait ses jours.

Le 23, la malade est mieux : la gêne de la respiration est moins grande ; la fièvre s'éteint. On profite de cette amélioration pour mettre la malade au bain.

Le 24 et jours suivants, l'amélioration se soutient ; l'escarre de la jambe se détache et tombe dans le pansement ; la suppuration est toujours très abondante ; le pus vient de loin et paraît fuser entre les muscles.

Le 5 février, l'inflammation reparaît à la jambe ; on applique des sangsues ; elles ne prennent que difficilement et ne coulent pas. La face s'altère ; le pouls est très petit ; l'affection du cœur paraît faire de nouveaux progrès.

Les jours suivants, l'état s'aggrave de plus en plus ; la malade ne peut garder aucune position ; elle a des vomissements fréquents, l'étouffement augmente, et la mort survient le 11 février à une heure du matin.

Autopsie cadavérique, trente heures après la mort. — Habitude extérieure et appareil locomoteur. — Cadavre d'une taille ordinaire ; peau blanche ; point de roideur cadavérique, embonpoint remarquable. Il existe à l'ombilic une tumeur située au-dessus de la cicatrice ombilicale. Cette tumeur est à peu près de la grosseur du poing ; elle présente quelques bosselures ; ouverte, elle offre au-dessous du péritoine qui la tapisse une grande quantité de graisse au milieu de laquelle sont en quelque sorte ramassés dix à douze pouces d'intestin grêle ; d'ailleurs il n'y a aucune altération. L'ouverture interne qui donne passage à cette tumeur est ronde et offre un diamètre de quatre à cinq lignes. A la partie supérieure et interne de la jambe gauche existe une ouverture de huit lignes qui pénètre dans un foyer purulent ; au tiers inférieur du même côté et sur la même face, on re-

marque une ulcération plus large de haut en bas que transversalement; elle a à peu près cinq pouces de hauteur sur trois pouces de largeur. Les bords sont amincis, décollés; l'épiderme se détache facilement; sous la peau existent des fusées de pus; on en retrouve sous l'aponévrose. Le tibia n'est point altéré; les muscles sont blancs, comme désorganisés.

Crâne. — Les membranes sont dans l'état ordinaire. Il existe dans les ventricules à peu près deux onces de sérosité limpide; la substance cérébrale est un peu sablée; du reste le cerveau est sain.

Thorax. — Couche extérieure de graisse extrêmement épaisse, un pouce pour le moins; ossification de l'articulation sterno-claviculaire; adhérences légères de la plèvre du côté gauche à la base des poumons. Ces adhérences sont beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus fortes à droite, et occupent toute l'étendue de cette partie de la poitrine. Le poumon gauche est crépitant, rempli cependant d'un sang rutilant qui s'écoule en assez grande quantité lorsqu'on presse entre les doigts la substance pulmonaire déjà coupée en plusieurs endroits. Le poumon droit offre des adhérences fortes entre les trois lobes, outre celles dont nous avons parlé. La substance pulmonaire, assez résistante, se laisse cependant déchirer assez facilement, et le lobe moyen offre dans la moitié de son étendue les traces d'un engorgement assez prononcé. Les bronches paraissent saines jusque dans leurs dernières ramifications. Dans l'intervalle des cartilages, la muqueuse présente un peu de rougeur, qui ne cède pas aux lotions réitérées. Le péricarde est sain, et contient peu de sérosité. Le cœur est extrêmement volumineux (hypertrophie excentrique avec ramollissement); la paroi externe de cet organe est formée par une couche de graisse assez épaisse. Le tissu du cœur est peu épais et se laisse facilement déchirer par la seule pression de la pulpe des doigts. Les colonnes charnues ne paraissent pas avoir participé à ce ramollissement. Les ventricules, surtout le droit, sont très larges, ainsi que les oreillettes. Point d'ossifications

aux valvules. Les cavités du cœur sont toutes remplies par des concrétions polypiformes non encore dégénérées, sans consistance. L'aorte n'est pas plus dilatée que dans l'état ordinaire; elle présente des taches rouges assez vives, parsemées de points blanchâtres, assez semblables à des ossifications quant à l'apparence, sans en avoir la densité. Ces plaques rouges s'observent jusque dans les iliaques. La muqueuse artérielle se laisse facilement enlever en grattant avec le scalpel, surtout aux endroits que présentent les plaques rouges. La veine cave, très dilatée, très dilacérable, est remplie par de gros caillots.

Abdomen. — L'estomac est sain; les intestins grêles offrent des rougeurs en quelques endroits, dans l'espace à peu près de deux ou trois pouces; les valvules conniventes sont jaunes, comme imprégnées de bile; près de la valvuleiléo-cœcale, dans l'étendue de douze à vingt pouces, on voit une arborisation bien prononcée, sans ramollissement de la muqueuse. Le foie, très volumineux, gros, ne contient pas beaucoup de sang; la vésicule biliaire est assez volumineuse et remplie par un liquide d'un jaune assez limpide dans lequel nagent trente petits calculs; ils sont durs, noirs, ronds, à bords inégaux, comme hérissés. La rate est un peu plus volumineuse qu'elle ne doit être; elle donne issue à une sorte de putrilage assez semblable à du chocolat farineux. La matrice, grosse comme le poing, ne présente rien extérieurement; on l'ouvre : ses parois paraissent épaisses, fibreuses; la cavité contient une matière cérébriforme, d'un blanc sale, infecte; cette matière, comme fondue, paraît due à un polype dégénéré qui naissait du fond et à gauche. Appareil urinaire sain (1).

Obs. VII. — *Phlegmon diffus du pied droit, suite d'une plaie par piqûre. — Gangrène. — Amputation du deuxième orteil. — Méningite chronique. — Gastro-entérite. — Mort.* — Le nommé Videt (Simon), âgé de soixante-deux ans, garçon, sans état, d'une constitution très faible, entra

(1) Observation recueillie par M. Fournier d'Arras.

à l'Hôtel-Dieu le 19 mars; il fut couché au nº 14 de la salle Sainte-Agnès. Le pied droit était le siége d'un phlegmon diffus très intense. Il y avait tuméfaction assez considérable, rougeur violacée, et décollement de la peau du dos du pied, gonflement des orteils; à la base du deuxième, exostose, une escarre large comme une pièce de 1 franc; les mouvements étaient impossibles. Le malade accusait de très vives douleurs; on sentait en plusieurs points une fluctuation bien évidente. Les traits du malade étaient altérés, ses yeux éteints, la respiration courte et pénible; les idées paraissaient un peu troublées; le pouls était petit et lent, la langue sèche et rouge, les dents fuligineuses, l'abdomen sensible au toucher; il y avait un peu de dévoiement. M. Dupuytren fit sur le dos du pied une incision de trois pouces; elle comprit l'escarre; il s'écoula beaucoup de pus très fétide; le lit du malade répandait une odeur de gangrène. On appliqua des cataplasmes saupoudrés de poudre de quinquina; on plaça le membre sur un oreiller. Le malade prit des boissons émollientes, gommées, et une potion tonique. Les personnes qui conduisaient le malade apprirent que, dix jours avant son entrée, en marchant dans sa chambre pieds nus, il s'était enfoncé un clou très aigu à la plante du pied droit en regard de la base du deuxième orteil; il ne s'écoula presque pas de sang; le corps étranger fut retiré, et le malade souffrit beaucoup cependant le lendemain et les jours suivants; il sortit encore malgré le gonflement qui s'était emparé du pied. Il resta chez lui sans soins jusqu'au moment où il était entré à l'Hôtel-Dieu.

Le 20 mars, l'appareil est baigné de pus noir altéré, et de lambeaux de peau et de tissu cellulaire gangrenés; les tendons de la face antérieure du pied sont gangrenés; il semble que l'articulation matacarpienne du deuxième orteil soit altérée; la fièvre est moins forte; le malade répond aux questions qui lui sont adressées; on lui accorde de la limonade vineuse afin de soutenir ses forces affaiblies.

Le 22, les forces se sont soutenues; on remarque que la première phalange du second orteil est altérée; l'articulation

paraît ouverte ; on pratique l'amputation de cet orteil. Cette opération commencée par la nature est très prompte, très facile, et n'arrache aucune plainte au malade ; la suppuration est toujours peu abondante ; on panse deux fois le soir ; on répand sur les pièces du pansement quelques gouttes de chlorure de chaux.

Le 23, depuis hier au soir la situation du malade s'est empirée, la fièvre est revenue plus forte. Il y avait du dévoiement lors de l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, il n'a pris que deux lavements, et maintenant il a une constipation opiniâtre ; la langue est sèche et rouge, l'épigastre sensible depuis ce matin ; le délire est survenu. Malgré la grande faiblesse, on applique des sangsues derrière les apophyses mastoïdes. Pendant quatre jours, l'état du malade reste toujours le même ; le délire, la constipation, les douleurs générales, la fièvre, ne peuvent être vaincues. Le phlegmon diffus du pied ne fait cependant pas de progrès. Videt ne recouvre pas ses facultés intellectuelles. Le 27 mars, il meurt à dix heures du soir.

Autopsie cadavérique trente-quatre heures après la mort. — *Habitude extérieure et appareil locomoteur.* — Cadavre petit, maigre, sans roideur. Il existe deux hernies inguinales obliques. La surface antérieure du pied droit est dénudée ; on ne remarque à ce pied que quatre orteils ; le second a été amputé dans son articulation avec le pied ; l'os du métacarpe sur lequel il s'appuie est carié. Les tendons extenseurs des orteils sont exfoliés ; le pus les suit et se retrouve au-dessus du ligament annulaire.

Crâne. — Lorsque la dure-mère est enlevée, on trouve du pus infiltré entre l'arachnoïde et la pie-mère, ce qui lui donne un aspect grisâtre, épaissi. Ces membranes sont ramollies à tel point, qu'on ne peut les enlever que par petites plaques. Il y a de fortes adhérences dans les scissures interlombaires et du pus dans les anfractuosités de l'hémisphère droit. Dans l'écartement des deux nerfs optiques, existe aussi une couche épaisse de pus, ainsi que sur la portion d'arachnoïde et de pie-mère qui tapisse le corps criblé. Cha-

cun des ventricules latéraux contient une cuillerée de sérosité. Le septième médian se déchire facilement. Le cerveau est mou.

Poitrine. — Les deux poumons offrent de l'engouement, le droit une hépatisation à sa base. Le cœur est très petit; les valvules aortiques sont ossifiées; la cavité du péricarde contient environ une once de sérosité.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac est épaissie seulement vers l'orifice pylorique; ailleurs elle est ramollie, se détache facilement avec l'ongle; elle est d'une couleur grise; il y a quelques points d'un brun plus foncé; il en est de même sur le duodénum. L'intestin grêle est très aminci dans quelques points, surtout vers la fin de l'iléon. Le gros intestin est sain et contient beaucoup de matières fécales très solides. Le foie est pâle. La vessie est du genre de celles nommées à colonnes (1).

Résumons, dit M. Dupuytren, les points divers sur lesquels nous avons insisté jusqu'ici. Nous avons surtout fait remarquer cette fièvre concomitante à paroxysmes reparaissant deux ou trois fois par jour, et quelquefois si tranchés qu'on a pu les prendre pour des accès de fièvre intermittente; mais cette fièvre est continue, et souvent dans la plus haute période du mal elle s'accompagne de symptômes adynamiques ou ataxiques qui nécessairement doivent apporter des changements dans le traitement, et que depuis long temps, avant l'apparition même de la doctrine de Broussais, nous avons enseigné devoir être négligés pour ne s'occuper que de la maladie qui en est la cause. Nous avons insisté sur cette période de stagnation trompeuse des symptômes, survenant du cinquième au sixième jour, qui retient dans le doute les praticiens même les plus expérimentés, et en impose assez aux médecins peu familiarisés avec ce genre de maladie, pour leur faire croire à une résolution prochaine, lorsque déjà la suppuration est déclarée. Nous avons insisté encore sur les caractères tranchés du phlegmon diffus, et

(1) Observation recueillie par M. Fournier d'Arras.

montré comment la suppuration, qui dans le phlegmon circonscrit s'amasse dans une ou deux cellules du tissu cellulaire, remplit ici chaque cellule par une véritable exhalation, et quel ordre de phénomènes nouveaux il s'ensuit; comment alors l'inflammation, qui primitivement n'a occupé ni la peau ni les aponévroses, s'étend à ces parties, traverse ces dernières à la faveur des ouvertures dont elles sont percées par le passage des veines, des artères, des vaisseaux lymphatiques et des nerfs; comment cette inflammation s'empare ensuite des muscles, un étranglement interne se manifeste, étranglement promptement suivi de gangrène, si l'on ne se hâte de débrider en fendant l'aponévrose par de larges incisions; comment encore, que le tissu cellulaire sous-aponévrotique soit ou non enflammé, les accidents de la suppuration, toujours fâcheux pour les adultes, moins à craindre chez les enfants, sont presque constamment mortels chez les vieillards; comment enfin, alors même que le malade échappe à ces dangers, la guérison est d'une longueur désespérante, la cicatrice difficile à se former, facile à se rompre, etc.

Mais l'un des points les plus importants et les plus dignes d'attention, c'est le mauvais état des voies digestives, qui précède souvent, accompagne ou suit le début du phlegmon diffus. Déjà, avant que la doctrine physiologique ne régnât dans nos écoles, nous avions signalé les désordres que l'on observe si fréquemment, après la mort, dans les organes gastro-entériques. Passons donc à cette partie de l'étude du phlegmon diffus, si intéressante surtout pour le traitement.

Cette phlegmasie, continue M. Dupuytren, peut tenir à une cause interne ou externe, le plus souvent à une cause externe, mais compliquée ou précédée de symptômes intérieurs. Qu'une plaie contuse ou déchirée survienne chez un individu sain d'ailleurs, qui n'est affecté d'aucune lésion des premières voies, rarement on verra succéder un phlegmon diffus, ou du moins on pourra facilement le prévenir ou le combattre. Que des symptômes gastriques au contraire aient précédé ou suivi l'accident, aussitôt les phénomènes du

phlegmon se manifestent sans qu'on puisse bien souvent les réprimer. Pour qu'une plaie sans complication interne, alors qu'elle est contuse ou déchirée, lui donne naissance, il faut qu'elle ait été irritée par l'exposition au soleil, par des violences extérieures, par le frottement des habits, etc. ; il faut, en un mot, qu'elle ait été envenimée de quelque manière que ce soit.

On conçoit dès lors que pour prévenir, dans ces cas, l'apparition du phlegmon diffus, on doit écarter avec soin toute espèce de causes irritantes. On fera donc garder le repos; on éloignera du malade tout corps irritant; si la plaie paraît s'enflammer, pour peu que ses bords offrent de l'engorgement, de la tuméfaction, des sangsues seront appliquées autour d'elle; si le malade est robuste, une ou deux saignées générales seront pratiquées. Il est souvent utile de faire précéder de saignées générales les applications de sangsues. Si on agit en sens inverse, les sangsues, au lieu de dégorger la plaie, y augmentent souvent l'abord du sang et accroissent la fluxion.

Les saignées générales et locales, dans le phlegmon diffus, doivent être accompagnées de bains généraux ou au moins locaux. Ces derniers seront de nature émolliente; des cataplasmes, et bien mieux encore des résolutifs sédatifs, froids, seront appliqués sur la partie malade. Si l'inflammation cellulaire est commencée, les bains, les sangsues, les cataplasmes, les sédatifs seront de nouveau mis en usage. Voilà le traitement qui convient pour le premier degré, c'est-à-dire pour prévenir le mal. On voit que ce premier ordre de médication est tout entier composé d'antiphlogistiques.

Mais si la plaie est étroite, si l'inflammation commencée paraît due à un étranglement des parties, des incisions simples ou cruciales seront pratiquées sans retard, on décidera de cette manière un dégorgement local; l'étranglement et l'inflammation qui en est la suite seront souvent combattus efficacement; on empêchera celle-ci de se propager au loin. La diète, les boissons délayantes, se joi-

gnent naturellement à ces moyens, que l'on emploie du reste simultanément ou partiellement, suivant les cas, ou que l'on combine entre eux. Il est enfin une troisième méthode que nous avons mise en usage avec quelque succès : c'est un large vésicatoire appliqué sur la plaie et la peau qui l'environne ; l'irritation qu'il occasionne et la suppuration empêchent quelquefois le développement du phlegmon diffus.

En ne consultant que la théorie, on peut être effrayé de voir appliquer sur une partie enflammée un violent irritant ; il paraît, en effet, au premier coup d'œil, que cette application ne peut qu'augmenter l'inflammation déjà existante, et qu'on doit redouter des accidents plus graves que ceux que l'on a l'intention de prévenir ; or comme l'action du vésicatoire est de concentrer sur un point toute l'inflammation, et de déterminer sur ce point une irritation plus vive que dans les autres parties enflammées, il semble qu'il doit en résulter la gangrène ; mais l'observation démontre tous les jours l'efficacité des vésicatoires dans pareille circonstance, et là, comme partout ailleurs, les raisonnements qui sont en contradiction avec les faits doivent céder à l'expérience. Les observations suivantes justifieront, je crois, notre opinion.

Obs. VIII. — *Phlegmon diffus de la jambe. — Application d'un vésicatoire. — Guérison.* — Launoy (Jean - Henri), cordonnier, âgé e quarante-neuf ans, d'un tempérament bilieux, éprouva, le 8 septembre 1813, des frissons avec tremblement, malaise général, et en même temps prurit à la jambe gauche, qui le lendemain devint rouge, tuméfiée et très douloureuse. Ne pouvant vaquer à ses travaux habituels, Launoy se fit transporter à l'Hôtel-Dieu le 8 septembre. Alors gonflement, rougeur intense de la jambe, dont le volume était considérablement accru ; œdématie du pied ; inflammation érysipélateuse à la cuisse du même côté, surtout à la partie interne, où sur le trajet des vaisseaux lymphatiques se remarquaient des cordons rouges, douloureux au toucher, et se prolongeant jusqu'aux glandes inguinales. En même temps trouble du sommeil, amertume de la bou-

che, céphalalgie, langue jaune, pouls dur, fréquent, peau brûlante, fièvre avec redoublement le soir. Premier jour, application de cataplasmes émollients sur la jambe; limonade cuite. Deuxième jour, peu de diminution dans l'inflammation. Prescription : deux grains d'émétique, large vésicatoire à la partie interne de la jambe malade. Diète au bouillon. Pendant la journée, selles abondantes, mais point de vomissements. Troisième jour, nul effet du vésicatoire, qui change de place par les mouvements inconsidérés qu'exerce le malade pour aller à la garderobe, diminution peu marquée de l'inflammation de la jambe, rémission de la fièvre; grande loquacité du malade et irrégularité dans ses actions qui font appréhender le délire. Prescription : trente grains d'ipécacuanha, nouveau vésicatoire au mollet. Pendant la journée, quelques vomissements de saburre gastrique et selles copieuses. Quatrième jour, large phlyctène à la jambe, produite par le vésicatoire, diminution de l'inflammation, sommeil, appétit. Cinquième jour, nouveau vésicatoire à la partie externe de la jambe malade, cataplasme émollient sur toute l'étendue du membre. Huitième jour, on fait suppurer abondamment les deux vésicatoires. Neuvième jour, plus de tension, de rougeur ni de tuméfaction à la cuisse, qui a repris son volume ordinaire; mais la jambe est toujours rouge, quoique non tendue; langue jaune, bouche pâteuse, coliques, flatuosités. Prescription : une once de sulfate de soude dans une chopine de bouillon aux herbes. Pendant la journée, selles assez copieuses. Dixième jour, formation d'un petit abcès à la partie antérieure et moyenne de la jambe; son ouverture donne issue à une petite quantité de pus de bonne qualité. Onzième jour, cicatrisation de la petite plaie; on enveloppe la jambe de compresses imbibées d'eau de sureau. Douzième jour, souplesse des parties molles du mollet, plus de rougeur à la jambe, libre exercice de toutes les fonctions. Quatorzième jour, malaise général, céphalalgie, agitation pendant la nuit; le soir, frisson et dégoût pour les aliments; limonade vineuse et deux pilules de camphre et de nitre. Quinzième jour, disparition de ces symptômes et con-

tinuation des toniques. Trentième jour, la jambe étant revenue à son volume ordinaire, et toute rougeur étant dissipée, on commença à laisser sécher les vésicatoires. Le quarantième jour, Launoy sortit parfaitement guéri, conservant le libre usage de sa jambe, qu'il avait soin d'entourer d'une bande roulée (1).

Quoique dans cette observation, et dans plusieurs autres que les limites de cette leçon ne nous permettent pas de citer, les vésicatoires aient eu un succès complet, nous sommes loin de conclure qu'on en obtient constamment des résultats aussi avantageux. Parmi les hommes qui cultivent les sciences naturelles, et surtout la médecine, il doit régner une probité expérimentale qui fasse connaître aux autres, d'une manière exacte et sincère, les effets heureux, incomplets ou malheureux des moyens qu'ils proposent, et qui n'ont pas encore été sanctionnés par une longue expérience. Cette véracité, qui doit être l'apanage de tout honnête homme, prévient à la fois beaucoup de tâtonnements, toujours nuisibles aux malades, et les diatribes injurieuses dont sont justement poursuivis les innovateurs, qui publient partout leurs succès en taisant avec soin les résultats défavorables à leurs opinions. Évitons ce reproche, et avouons que, quoique les vésicatoires diminuent l'intensité de l'inflammation, ils n'empêchent pas quelquefois la suppuration.

Lorsque la suppuration est établie, l'action des vésicatoires est rarement aussi efficace que lorsque le pus n'est pas encore formé. Ce n'est plus alors au centre de l'inflammation qu'il faut appliquer les vésicatoires, dont le stimulus accroîtrait la suppuration, il faut les placer hors de la partie phlogosée, sur une partie saine. En suscitant une irritation plus vive que celle de la partie malade, en déterminant une révulsion, ils arrêtent les progrès de l'inflammation, et font disparaître celle qui existe. *Duobus doloribus simul abortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.* (Hipp., sec. 2, aph. 46.) C'est ainsi qu'ils agissent lorsque la suppu-

(1) Observation recueillie par M. Patissier.

ration est rassemblée en foyers distincts; ils ont un effet de plus lorsque le pus n'est encore qu'infiltré dans les lames du tissu cellulaire; ils peuvent en déterminer l'absorption. Puisque telle est l'efficacité des vésicatoires apposés un peu au-delà des bornes de l'inflammation, pourquoi ne pas agir de même dès son début, lorsque la suppuration n'est pas encore effectuée? L'objection est vive, et l'on ne peut y répondre que par l'expérience, qui a prouvé que l'action des vésicatoires est d'autant plus énergique qu'ils sont placés plus près du centre inflammatoire.

Obs. IX. — *Phlegmon diffus de la jambe gauche. — Vésicatoire près du centre inflammatoire. — Guérison.* — Degré (Nicolas), horloger, âgé de soixante ans, d'une constitution épuisée, fut atteint, sans cause connue, d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche; il ne fit aucun traitement chez lui, et le sixième jour, il se fit transporter à l'Hôtel-Dieu (27 juin 1814). Alors rougeur très vive de la jambe gauche et du pied, augmentation du volume de ces parties, soif, langue sèche, fièvre. Prescription : petit-lait, bain tiède et applications sur la jambe de compresses trempées dans de l'eau de sureau. Deuxième jour, léger soulagement, douleurs pulsatives, phlyctènes sur le dos du pied, sentiment de fluctuation dans l'épaisseur du mollet. Ouverture des phlyctènes, application d'un vésicatoire à la partie interne de la cuisse gauche. Troisième jour, diminution de l'inflammation de la jambe, petitesse du pouls, pâleur de la face. Limonade vineuse. Cinquième jour, presque plus de tension ni de rougeur à la jambe, desquamation de l'épiderme, qui s'enlève par de larges plaques, langue humide, pouls moins faible. La fluctuation est très sensible au mollet. On fait suppurer abondamment les vésicatoires, et l'on substitue à l'eau de sureau l'acétate de plomb. Continuation des toniques. Dixième jour, disparition de l'inflammation et de l'excès du volume de la jambe, souplesse du mollet, où l'on sent toujours un peu de fluctuation, engorgement œdémateux du pied. Le vésicatoire fournit une suppuration si abondante, qu'il mouille tous les linges dont on l'environne. On-

zième jour, défaut d'appétit, perte de sommeil, céphalalgie obtuse. Prescription : une once de sulfate de soude dans une chopine de bouillon aux herbes. Douzième jour, retour de l'appétit et libre exercice de toutes les fonctions; seulement le pied offre à sa face dorsale quelques points de fluctuation. Treizième jour, celle-ci devenant plus sensible, on fit une incision qui donna issue à une petite quantité de pus. Les jours suivants, tout l'épiderme du pied tomba en écailles, et celui de la plante s'enleva tout d'une pièce, formant une espèce de semelle. On fit sécher le vésicatoire, et on enveloppa ensuite le pied et la jambe d'une bande roulée, médiocrement serrée, et le malade sortit guéri le vingt-quatrième jour (1).

Lorsqu'on applique le vésicatoire comme révulsif, il faut, autant que possible, ne pas le placer sur les parois d'une des cavités splanchniques. Un de mes collègues dont la Faculté a plusieurs fois couronné les talents, M. Cruveilhier, m'a assuré avoir vu un homme très robuste atteint d'érysipèle phlegmoneux au cou. Vers le troisième jour de l'invasion de la maladie, une douleur au côté de la poitrine se manifesta : on la combattit par un vésicatoire apposé *loco dolenti;* l'érysipèle phlegmoneux disparut, et le lendemain le malade succomba. N'est-il pas probable que le vésicatoire a déterminé la métastase de l'érysipèle sur les organes thoraciques ?

Que la suppuration soit établie ou non, qu'elle soit rassemblée en foyers ou seulement infiltrée, quel que soit enfin le lieu où l'on place les vésicatoires, il faut les faire suppurer jusqu'à ce que la tuméfaction des parties molles soit totalement dissipée, et l'empâtement qui survit cède le plus souvent à l'usage d'un bandage compressif.

Lorsque l'érysipèle phlegmoneux est critique d'une autre maladie, il ne faut pas l'abandonner à lui-même; car alors ses suites pourraient être plus fâcheuses que la maladie dont il est la terminaison. Il faut seconder l'effort de la nature, et le combattre par les vésicatoires, qu'on fera suppu-

(1) Observation recueillie par M. Patissier.

rer : et ici, comme dans les cas précédents, les vésicatoires, par l'excrétion qu'ils excitent, ne déterminent-ils pas une crise extérieure de l'inflammation? En effet, la peau offre deux faces, l'une externe, l'autre interne. Or, suivant l'opinion de M. Dupuytren, lorsque l'érysipèle phlegmoneux se termine par suppuration, la sécrétion du pus a lieu par sa face interne : eh bien ! les vésicatoires appellent cette sécrétion à la face externe.

Il n'est pas inutile de remarquer que, comme on est obligé de faire suppurer abondamment et pendant un temps assez long les vésicatoires, il faut, après les premiers pansements, remplacer la poudre de cantharides par celle de l'écorce de garou, qui n'a point l'inconvénient d'exciter la fièvre et d'irriter les voies urinaires.

Les vésicatoires conviennent encore dans certains érysipèles œdémateux, dont le siége est dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané : alors ils réveillent la sensibilité engourdie, et déterminent l'absorption de toute la sérosité infiltrée dans le tissu celluleux.

Obs. X. — *Vésicatoire sur un érysipèle œdémateux.* — Casservet (Madeleine), âgée de quarante-huit ans, ayant éprouvé, le 10 mars 1815, des frissons avec chaleur, malaise, fut atteinte d'un gonflement au bras droit. Le quatrième jour, la malade voyant que l'inflammation augmentait de plus en plus, entra à l'Hôtel-Dieu. Alors le bras droit présentait une tuméfaction considérable, plutôt œdémateuse qu'inflammatoire, conservant l'impression du doigt, d'un rouge pâle, et ne faisant ressentir que peu de douleurs ; en même temps symptômes d'embarras gastriques. Prescription : vingt-quatre grains d'ipécacuanha, qui pendant la journée déterminent des vomissements de matière bilieuse. Deuxième jour, point de diminution dans le gonflement du bras. Un large vésicatoire est appliqué au centre de l'inflammation. Troisième jour, celle-ci est presque entièrement tombée. On fait suppurer le vésicatoire, et au bout de cinq jours, le bras malade avait recouvré son volume ordinaire et l'exercice de ses mouvements. Huitième jour, prescription d'un cathartique pour

combattre quelques symptômes d'embarras intestinal. Douzième jour, la malade sort de l'hôpital complétement guérie.

Les vésicatoires sont souvent utiles pour fixer l'érisypèle ambulant. M. Dupuytren a bien voulu nous communiquer l'observation suivante, qui est d'autant plus importante, qu'elle est entièrement opposée à celle rapportée par Alix.

Obs. XI. — *Érysipèle ambulant, guéri par l'application de vésicatoires.* — Une dame dans la force de l'âge, d'une petite taille, mais d'une forte constitution, faisant depuis long-temps un enfant ou plusieurs fausses couches chaque année, habituée, dans le premier cas, à allaiter, et dans le second à éprouver des pertes abondantes, étant, de plus, sujette à des fluxions vers les gencives ou les poumons, lesquelles se terminaient par des expuitions ou des expectorations de sang, ayant en un mot tout ce qui caractérise une constitution pléthorique exaltée par des circonstances qui produisent une *hématose* très grande, éprouvait tous les ans au printemps, dans quelque situation qu'elle se trouvât d'ailleurs, une affection qui débutait par des frissons suivis de fièvre. Bientôt des phlyctènes miliaires se développaient sur les doigts et sur la main; la peau de ces parties devenait rouge, chaude, tendue, douloureuse, et le siége de démangeaisons très vives; le tissu cellulaire sous-cutané s'engorgeait ou s'infiltrait suivant l'intensité de l'inflammation de la peau. Après être restée stationnaire pendant quelques jours, la maladie abandonnait la main pour se porter à l'avant-bras, où elle se développait avec les mêmes symptômes, et d'où elle se portait successivement au bras, à l'épaule, au sein et au bas-ventre, parties dans chacune desquelles elle restait pendant trois ou quatre jours; et quoiqu'on employât des vomitifs ou des purgatifs, des délayants ou des amers, des sudorifiques ou des diurétiques, et qu'on appliquât sur le siége du mal des émollients, des toniques, des astringents ou autres topiques, la maladie parcourait chaque fois un grand nombre des parties du corps, sans se juger dans aucune d'elles en particulier, et elle ne finissait ordinairement qu'après six semaines ou deux mois de ces éry-

sipèles successifs, dont chacun se terminait par une desquamation à la peau. C'est alors que M. Dupuytren imagina de fixer la maladie, et de la juger dès son principe par l'application de vésicatoires sur la première partie qu'elle envahirait. L'érysipèle ayant paru dans les premiers jours d'avril 1814, un vésicatoire fut appliqué sur le dos de la main ; cet érysipèle n'existait plus le lendemain ; cependant il se montrait déjà sur l'avant-bras quelques points de rougeur, un second vésicatoire fut appliqué sur cette partie deux jours après l'application du premier vésicatoire à la main. L'érysipèle disparut encore, et la malade, enchantée de ce résultat, s'en appliqua d'elle-même au bout de quelques jours un troisième au bras, sans qu'il existât aucun symptôme d'érysipèle à cette partie, et sans qu'il en soit survenu depuis. Ainsi s'est terminée en quelques jours une maladie dont la durée était communément de six semaines à deux mois. Il est à remarquer que chacun des vésicatoires a donné lieu à la sécrétion d'une excessive quantité de sérosité.

Enfin on retire de bons effets des vésicatoires dans les inflammations qui se manifestent sur le trajet des troncs des vaisseaux lymphatiques, à la suite des plaies aux mains et aux pieds. « C'est, dit Bichat (*Anatomie générale*, tom. II, » pag. 612), un phénomène extrêmement fréquent dans les » maladies, qu'un engorgement et même une rougeur très » sensible, suivant le trajet des absorbants sous-cutanés dans » les membres inférieurs, faisant considérablement souffrir » la malade, se terminant au niveau des glandes inguinales, » ou se propageant même au-delà. Dans les coupures avec » un instrument imprégné de virus, dans les vives douleurs » du panaris, on éprouve souvent aussi un sentiment très pé- » nible tout le long des absorbants des membres supérieurs. » L'observation qui suit donnera une idée de cette sorte d'inflammation.

Obs. XII. — *Inflammation des vaisseaux lymphatiques à la suite d'une plaie au petit orteil. — Vésicatoire à la partie externe du genou. — Guérison.* — Un jeune homme de quinze ans s'étant piqué légèrement le petit orteil droit avec

un morceau de verre, négligea cette blessure ; mais, vers le deuxième jour, il ressentit de la gêne en marchant. Le troisième jour (18 mai 1812), il vint à l'Hôtel-Dieu. Alors douleurs très vives dans la progression, engorgement des glandes de l'aine, dont la peau était enflammée; développement, à la partie interne de la jambe et de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques, de cordons durs, tendus, très douloureux au moindre contact, d'un rouge intense, et se prolongeant depuis le pied jusqu'aux glandes de l'aine; demi-flexion de la jambe sur la cuisse, extension très douloureuse, insomnie, nausées, fièvre. Bain tiède, vomitif, cataplasmes émollients sur la plaie du petit orteil, qui ne recélait aucun corps étranger. Quatrième jour, peu de soulagement ; la douleur arrache des pleurs au malade; le pied droit devient érysipélateux : un vésicatoire est appliqué à la partie interne du genou droit. Cinquième jour, le malade soulagé annonce avec joie qu'il a bien dormi, que ses douleurs sont calmées. En effet, l'inflammation était presque complétement disparue. On fit suppurer le vésicatoire, et le dixième jour les glandes de l'aine étaient dégorgées ; et le douzième jour le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri (1).

Mais si, avant ou après son apparition, on remarque, comme on le disait il y a vingt ans, des *dispositions saburrales*, ou, comme on l'a dit plus tard, un *embarras gastrique*, si la langue, sans être rouge à sa pointe et à ses bords, est couverte à sa base d'un enduit limoneux ; s'il y a inappétence, nausées, peu ou point de sensibilité à l'épigastre, un ou deux vomitifs produiront de bons effets ; et de doux évacuants, si le canal intestinal est lui-même affecté, ou suspendent la marche du phlegmon, ou rendent presque constamment la maladie moins fâcheuse. C'est là une vérité, dit M. Dupuytren, dont il faut bien se convaincre : les vomitifs, les purgatifs, trop employés jadis, sont maintenant tombés dans un trop grand oubli.

Si le phlegmon est décidément développé, si, à la suite d'une

(1) M. Patissier, thèse.

plaie contuse ou déchirée, de l'enflure survient, si le tissu cellulaire voisin est déjà pris d'œdème, alors encore une ou deux petites saignées peuvent être avantageuses; je dis *petites,* car par de larges évacuations sanguines on pourrait craindre avec raison de jeter le malade dans un état fâcheux d'adynamie ou même d'ataxie. On persévèrera dans l'usage des premiers moyens, on débridera avec soin les organes, cause de l'étranglement, on tiendra dans une position élevée, très élevée, les parties enflammées, afin que l'engorgement ne s'accroisse pas; on continuera à les couvrir avec des sédatifs froids; on insistera sur les boissons délayantes, et on s'attachera surtout à entretenir la liberté du ventre. Quant aux cataplasmes si employés dans d'autres hôpitaux, nous les considérons, dit M. Dupuytren, comme souvent nuisibles, parce qu'ils entretiennent et augmentent la fluxion locale. Si les symptômes persistent et s'accroissent, on pourrait conseiller les vésicatoires; mais nous en avons obtenu des effets si différents que nous craindrions de les prescrire d'une manière absolue. Quelquefois nous avons déterminé par ce moyen une heureuse résolution; mais d'autres fois, quoique rarement il est vrai, des escarres en ont été le résultat évident. Nous sommes bien aise d'insister sur ce point, car on a beaucoup exagéré dans des thèses et des ouvrages les succès que nous en avons obtenus.

Vers le quatrième ou cinquième jour, le tissu cellulaire commence presque toujours à être frappé de suppuration. Laissera-t-on le pus séjourner dans ses cellules, ou doit-on se hâter de l'évacuer par des incisions? Ces incisions diminuent quelquefois l'inflammation et la suppuration qui en est la suite, mais souvent aussi elles les accroissent. Il faut donc encore insister à cette époque sur les applications de sangsues et sur les réfrigérants. Mais si la suppuration est définitivement établie, n'hésitez plus, incisez largement les points que leur situation déclive rend aptes à recevoir le pus; renouvelez fréquemment les pansements; ayez soin, chaque fois que vous panserez le malade, d'absterger tout le pus avec des éponges.

Si, quoi qu'on puisse faire, la peau tombe par défaut de nourriture, c'est alors qu'on doit s'attacher à soutenir les forces, car c'est alors aussi que les symptômes adynamiques et ataxiques sont prêts à se déclarer. Si vous ne pouvez les prévenir, combattez les premiers par des toniques non irritants, les seconds par les antispasmodiques les plus doux. Les préparations alcooliques et vineuses sont nuisibles ; substituez-y à l'intérieur l'infusion aqueuse de quinquina ; à l'extérieur, couvrez les plaies avec la décoction de cette même substance, couvrez-les même avec le marc de cette écorce ; si, au contraire, la gangrène est imminente par excès d'inflammation, recourez de nouveau aux antiphlogistiques et aux sédatifs froids.

C'est à cette époque qu'arrive l'altération du tissu cellulaire, désignée par ces mots : frappé de suppuration. Des lambeaux quelquefois énormes de peau se détachent. Facilitez leur chute, mais gardez-vous d'exercer des tractions dangereuses, épargnez les brides qui unissent encore la peau aux parties sous-jacentes. Ces brides, nous l'avons déjà dit, ne sont autre chose que des vaisseaux ou des nerfs qui la nourrissent ou lui donnent la vie, et leur déchirure entraînerait de la douleur ou des hémorrhagies qu'il est important d'épargner aux malades dans l'épuisement où ils se trouvent, et qui leur deviennent presque constamment funestes.

Dans le même temps aussi une série nouvelle de soins doit commencer. Tant que le mal s'est accru, tant qu'il a été ensuite stationnaire, les antiphlogistiques ont dû être employés presque exclusivement ; mais une fois la suppuration achevée, une fois arrivé au moment de la chute de la peau, les saignées générales ou locales ne feraient qu'amener, sans aucune utilité d'ailleurs, une nouvelle perte de forces, et l'on doit s'en abstenir complétement. J'ajoute que quelques onces de sang perdu par la déchirure des brides ou par une saignée intempestive, suffiraient pour plonger le malade dans un état incurable de faiblesse et de prostration. C'est ici encore que tout l'art des pansements doit être mis en usage : partout où le pus s'amasse on lui donnera issue par des inci-

sions, on l'en chassera par des pansements compressifs. Prévoyant que la peau doit tomber, on s'attachera à la ranimer par des applications stimulantes, par des lotions avec le quinquina, et même avec des spiritueux. Ces moyens serviront aussi à soutenir les forces générales.

Par les efforts réunis de la nature et de l'art, on voit bientôt, dans les cas de succès, la peau se recoller; dès lors on peut être assuré que le danger diminue, et l'on s'efforcera de favoriser la reproduction d'une peau factice, ou si l'on veut, de la cicatrice sur les parties dénudées, en y entretenant une inflammation modérée, en déprimant une inflammation trop forte. S'il y avait excès d'inflammation, on reviendrait aux sangsues et à la diète. On dirigera convenablement la cicatrisation en cautérisant les bourgeons charnus trop développés avec le nitrate d'argent. Pour hâter la cicatrice, je me suis souvent bien trouvé, dit M. Dupuytren, de l'emploi d'une solution de nitrate d'argent dans de l'eau distillée. Quatre, cinq ou six grains suffisent, car il faut que cette solution irrite les parties, mais ne les cautérise pas.

Voici comment doivent être faits les pansements : on recouvre d'abord, avec de petites bandelettes enduites de cérat, les bords et une très faible partie du contour de la surface de la plaie. Par ce moyen on évitera de déchirer la cicatrice commençante, en défaisant le pansement. Le reste de la surface de la plaie sera couvert, comme nous le faisons de temps immémorial dans les brûlures, de compresses de linge fin et à demi-usé, percées de trous nombreux et enduites de cérat. Les trous servent à l'écoulement libre du pus qui, de cette manière, ne reste pas en contact avec la plaie; on a de plus l'avantage précieux d'enlever avec la plus grande facilité et d'une seule pièce tout l'appareil.

Dans cette période de la maladie, comme dans tout son cours, il est de la plus haute importance de prescrire aux malades un régime sévère, de les surveiller, de les empêcher de porter dans leurs organes digestifs affaiblis une trop grande quantité de nourriture ou des aliments de mauvaise qualité. Le moindre excès de ce genre amène promptement

une diarrhée qui, rebelle à tous les moyens, les entraîne inévitablement à leur perte. La suppuration se tarit complétement ou change de nature, et le médecin éclairé n'a pas besoin d'autre indice pour connaître la source de ce nouvel accident.

Pendant toute la durée de la maladie, on recommandera aux malades d'éviter avec le plus grand soin le contact d'un air froid et humide. Nous avons ouvert, dit M. Dupuytren, une foule de cadavres d'individus ayant succombé à la suite du phlegmon diffus, et nous avons observé que, parmi ceux qui périssaient vers la fin de la maladie, le phlegmon par lui-même était bien moins la cause de la mort qu'une inflammation interne gagnée par quelque imprudence. Des pleurésies, des pneumonies, des abcès hépatiques s'y faisaient remarquer, et ces maladies étaient survenues après que les malades avaient exposé au froid leur face, leur cou, leur poitrine ou leurs membres.

Si le phlegmon avait son siége aux extrémités inférieures, il ne faudrait pas que les malades se levassent et marchassent. Ces mouvements détermineraient des écoulements de sang, de l'engorgement, et peut-être souvent le retour du phlegmon ou l'apparition d'un érysipèle presque également fâcheux. Lors même que la cicatrice est complétement formée, les mouvements doivent encore être fort modérés. Les cicatrices larges et étendues sont sujettes à se déchirer et se déchirent d'une manière assez singulière : une petite phlyctène remplie de pus s'ouvre sur un point, perce, et laisse sous elle une ulcération à fond grisâtre et ressemblant, pour la couleur, à une ulcération syphilitique. Cette ulcération s'étend rapidement et fait des progrès tels, qu'en vingt-quatre heures, plus ou moins, toute la cicatrice est détruite. Il est vrai qu'elle se renouvelle avec bien moins de difficulté, et que cet accident n'est pas toujours au désavantage des malades, car la cicatrice primitive est ordinairement très faible et facile à se déchirer ; mais cette faiblesse et cette facilité diminuent chaque fois qu'elle se reproduit, et on l'a vue ne prendre une solidité suffisante qu'après s'être ainsi

déchirée et reproduite trois ou quatre fois. C'est alors seulement que les malades peuvent être considérés comme tout-à-fait hors de danger, que la récidive n'est plus à craindre. Or, à combien de risques n'ont-ils pas été exposés! Ils ont pu succomber aux accidents de la suppuration, à ceux d'une phlegmasie interne, aux effets consécutifs des sueurs et de la diarrhée colliquatives, et même dès le début, avant l'époque de la suppuration, à une gangrène succédant immédiatement aux premiers accidents inflammatoires.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANTHRAX.

L'anthrax, dit M. Dupuytren, n'est autre chose que l'inflammation de plusieurs paquets du tissu cellulaire contenu dans les aréoles du derme. Pour bien concevoir le mécanisme de sa formation, il faut dire un mot de la structure de cette couche profonde de la peau. Le derme est épais, blanc, élastique, plus consistant à sa surface externe qu'à l'interne, composé de fibres qui par leur entrecroisement forment des aréoles irrégulièrement placées les unes à côté des autres. Chacune d'elles est remplie par un paquet de tissu cellulaire qui, quelquefois, s'imprégnant d'une grande quantité de fluide graisseux, distend la cellule qui le contient. Les nombreuses aréoles du derme ont toutes une forme à peu près conique. Leur sommet répond au corps réticulaire, et leur base à la surface interne de la peau, qui repose de toutes parts sur une couche de tissu cellulaire. Ces aréoles ne se terminent point en cul-de-sac vers la surface externe de la partie fibreuse de la peau, mais bien par une infinité de petits trous obliquement dirigés et très apparents dans un morceau de peau qui a macéré pendant quelque temps.

La définition que nous venons de donner de l'anthrax montre qu'il ne diffère du furoncle que par son étendue et la multiplicité des paquets celluleux qui sont enflammés à la fois. Comme le furoncle, il survient aux parties du corps où la peau est le plus épaisse et où les paquets celluleux sont le plus développés et le plus abondants. La nuque, les

épaules, la région dorsale, les parois du thorax, les fesses, y sont le plus exposées.

L'anthrax ne peut être confondu avec le furoncle, dont il diffère par son volume, toujours plus considérable. Le furoncle, le plus souvent multiple, ne s'ouvre qu'à son sommet; la peau qui le recouvre est d'un rouge peu foncé; l'anthrax, au contraire, est d'une couleur livide, presque toujours solitaire, et offre plusieurs petites ouvertures placées çà et là à la surface.

On a souvent confondu l'anthrax avec le charbon et la pustule maligne, variétés d'une maladie essentiellement gangréneuse; dans l'anthrax, au contraire, la gangrène est une suite de l'étranglement. Cette dernière affection n'est jamais contagieuse; les deux autres le sont presque toujours. L'incision est le véritable moyen curatif de celle-là; celles-ci réclament l'emploi du feu ou d'un caustique, auquel on unit souvent les topiques. L'une a son siége dans le tissu cellulaire du derme; les autres, dans le corps réticulaire, ou le tissu cellulaire sous-cutané. L'anthrax n'est jamais nécessairement accompagné d'affection adynamique ou ataxique. Le charbon, la pustule maligne, sont presque toujours précédés ou accompagnés, dans quelques unes de leurs périodes, de l'un ou de l'autre de ces états.

Le pronostic de l'anthrax dépend de la région du corps qu'il occupe, de son volume, de son ancienneté, des degrés de force de l'inflammation, et de l'état général du malade. C'est ainsi qu'un anthrax à la nuque ou au dos est plus grave, toutes choses égales d'ailleurs, que celui qui est placé devant la clavicule ou à la poitrine. Le pronostic est encore plus fâcheux, si l'anthrax est volumineux, s'il existe depuis douze ou quinze jours, si la gangrène est déjà survenue, s'il reste encore une vive inflammation, et si le malade a été débilité par une maladie antérieure, ou par toute autre cause.

La nature de l'anthrax, continue M. Dupuytren, étant une fois bien connue, rien n'est plus facile que d'en déduire le traitement. Semblable à celui de toutes les inflammations avec

étranglement, il consiste dans l'emploi méthodique de l'incision, qui doit s'étendre à toute la profondeur de l'anthrax, et dont les extrémités doivent dépasser de deux ou trois lignes les limites du mal. Si la tumeur est très volumineuse, il faut pratiquer une incision suivant la longueur de chaque lambeau. Par ce moyen l'étranglement et les douleurs cessent tout-à-coup. La pression fait sortir de la tumeur un pus visqueux. Il s'écoule une assez grande quantité de sang, qui produit une saignée locale, et ne contribue pas peu à faire tomber l'inflammation. Les plaies sont pansées avec des plumasseaux trempés dans une décoction légèrement excitante; la tumeur doit être recouverte d'un cataplasme émollient. Le malade est mis à l'usage des amers et des laxatifs. Si l'anthrax existe au dos, il faut éviter le coucher en supination, car alors la peau tombe en gangrène malgré l'incision.

Veut-on une preuve de l'efficacité de cette méthode, on la trouvera dans le fait suivant :

Obs. I. — *Anthrax sur le dos. — Incision cruciale. — Guérison.* — Un homme vint en 1812 à l'Hôtel-Dieu, portant au dos un anthrax du volume d'un œuf de poule. M. Dupuytren pratiqua d'abord une incision perpendiculaire à l'axe du corps, et partagea ainsi la tumeur en deux parties. Sur la supérieure, il fit, de haut en bas, une incision qui, tombant sur la première, formait un véritable T.

De cette manière, la moitié supérieure de l'anthrax se trouvait incisée crucialement, tandis que la moitié inférieure était restée intacte; aussi M. Dupuytren prévint-il ses élèves que les accidents ne cesseraient que dans la portion supérieure. On appliqua un cataplasme émollient. Le lendemain, l'inflammation était tombée dans le lieu désigné, mais la moitié inférieure était dure, enflammée, et beaucoup plus volumineuse que la veille; le malade assura n'avoir éprouvé de douleur que dans cette partie. On l'incisa, et tous les accidents cessèrent (1).

Obs. II. — *Anthrax du cou. — Incision. — Guérison.*

(1) Observation recueillie par M. Codet.

— Louis Lévi, âgé de quarante ans, éprouvait depuis quelques jours des démangeaisons à la nuque. Le 20 février 1813, il s'aperçut qu'il existait en cet endroit un bouton de la grosseur d'un pois de senteur; il s'en inquiéta peu, et continua à se livrer à ses occupations. Deux jours se passèrent pendant lesquels le mal fit des progrès: alors Lévi, pressé par les souffrances, recouvrit la petite tumeur d'un emplâtre d'onguent de la mère. Les douleurs continuèrent et devinrent assez violentes, au bout de quelques jours, pour le priver entièrement de sommeil. Le 3 mars, douzième jour de la maladie, le sommet de l'anthrax s'ouvrit, et il s'écoula une petite quantité de sérosité purulente. Les douleurs furent calmées; mais bientôt après elles reparurent, et forcèrent le malade à recourir aux gens de l'art. Il vint donc le 6 mars à la consultation publique de l'Hôtel-Dieu. M. Dupuytren chargea M. Codet, un de ses internes, d'inciser cet anthrax; la douleur cessa comme par enchantement; un cataplasme émollient fut appliqué sur la tumeur. Le lendemain, l'inflammation était presque entièrement tombée, et la gangrène, réprimée dans sa marche, avait mis un terme à ses ravages. Le 18 mars, vingt-septième jour de la maladie, douzième de l'incision, la guérison était complète.

Aux exemples qui viennent d'être cités, nous pourrions ajouter ceux des malades que vous avez eus sous les yeux depuis 1831, et qui tous ont été guéris par l'incision; vous y trouveriez, à quelques variétés près, les différents faits qui ont été signalés dans les observations précédentes.

Tout anthrax abandonné à lui-même se termine par gangrène, d'où résulte nécessairement un ulcère, dont l'étendue est en rapport avec celle des parties privées de vie. Si les bords en sont durs, élevés, il faut employer les émollients; et lorsqu'ils sont affaissés, on les rapproche au moyen d'emplâtres agglutinatifs, et l'on panse avec des bandelettes de cérat et de la charpie sèche, ou chargée de différents médicaments, suivant le degré d'excitation; mais très souvent la peau est décollée. Si elle est épaisse, adhérente à une certaine quantité de tissu cellulaire, on en obtient presque toujours la

réunion. Est-elle amincie, au contraire, dépourvue de tissu adipeux à sa surface interne, on est le plus souvent obligé de l'emporter, après avoir inutilement tenté son recollement; on panse ensuite d'une manière simple, et le malade est mis à l'usage des amers et de doux laxatifs; quelquefois les aponévroses et même les muscles sont détruits; mais ces circonstances ne changent en rien le mode de traitement. Quand l'ulcère est très étendu et la suppuration abondante, on est souvent obligé d'avoir recours aux toniques.

Obs. III. — *Anthrax dans le dos. — Plaie considérable. — Pansement méthodique. — Guérison fort longue.* — Le nommé Jean-Baptiste Cœur-de-Roy, âgé de quarante-neuf ans, d'une forte constitution, éprouvait depuis deux ou trois mois des douleurs entre les deux épaules, lorsque, le 24 janvier 1813, il s'y manifesta un petit bouton ayant l'apparence d'un clou; du reste, nulle envie de vomir, point de perte d'appétit. Ce bouton augmenta rapidement, et, en moins de vingt-quatre heures, il s'était formé une tumeur inflammatoire d'un volume prodigieux. Il est à remarquer que le malade voyait très peu de l'œil droit, et qu'immédiatement après l'apparition de l'anthrax la vue fut rétablie. Quatre jours se passèrent dans les plus vives douleurs; alors la tumeur s'entr'ouvrit dans plusieurs points, des paquets de tissu cellulaire s'en échappèrent, et le 7 février, douze jours après son invasion, la peau était entièrement détruite. Le 15 du même mois, il entra à l'Hôtel-Dieu, portant un ulcère de quatre à cinq pouces de diamètre, avec décollement de la peau dans toute sa circonférence. On rapprocha les bords de la plaie avec des bandelettes de diachylon gommé, et l'on pansa d'une manière simple, en ayant soin d'exercer une légère compression sur les bords de l'ulcère qui se réunirent facilement. Le malade sortit le 5 avril, n'étant point encore parfaitement guéri, quoiqu'il fût au soixante-dixième jour de la maladie (1).

Terminons ce que nous avions à dire sur le traitement de

(1) Observation recueillie par M. Codet.

l'anthrax, par l'observation qu'il faut continuer à chaque pansement, et jusqu'au dégorgement parfait des parties, les pressions destinées à favoriser la sortie des débris du tissu cellulaire gangréneux.

ARTICLE XI.

DE LA RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS ET DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

La rétraction des doigts, et surtout de l'annulaire, dit M. Dupuytren, était, jusqu'à notre époque, à peu près inconnue dans sa cause. Lorsqu'on passe en revue la multitude de motifs auxquels on l'a attribuée, la quantité de remèdes qu'on a employés contre elle, les hypothèses plus ou moins nombreuses qu'on a faites sur son origine, il n'est point surprenant qu'on l'ait crue incurable. Les auteurs qui se sont occupés de la rétraction des doigts ne l'ont fait que d'une manière incomplète. M. Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*, la désigne sous le nom de *Crispatura tendinum;* mais à peine en parle-t-il. M. Astley Cooper, *On Dislocations and fractures of the joint* (1), dit « qu'un doigt ou un orteil peut être entraîné peu à peu hors de sa position normale par la rétraction du tendon fléchisseur et de sa gaîne.

» Par suite de cette déviation, la première et la seconde phalanges des orteils font saillie en haut, contre le soulier, de manière à empêcher le malade de se livrer à la marche. J'ai observé fréquemment cette rétraction d'un orteil chez de jeunes femmes, et je l'attribue à l'étroitesse de leur chaussure. L'amputation d'un orteil, en pareille circonstance, semble, au premier abord, une ressource bien cruelle; ce-

(1) OEuvres chirurgicales de sir Astley Cooper, traduites de l'anglais par MM. Chassaignac et Richelot, 1837.

pendant quelquefois on est forcé d'y recourir, car cette maladie s'opposant à la marche imposé à celui qui en est atteint une foule de privations. La première fois que je vis un cas de ce genre, je refusai de pratiquer cette opération dans la crainte du tétanos ; mais la dame qui me consultait s'adressa à un autre chirurgien : l'amputation fut faite, et la malade s'en trouva bien. Ce succès m'encouragea à adopter la même pratique chez une dame qui, par suite de la même lésion, ne pouvait plus prendre l'exercice nécessaire à la conservation de sa santé : le résultat fut tout aussi heureux.

» Les doigts se rétractent quelquefois de la même manière par suite de l'inflammation chronique de leurs gaînes et de l'aponévrose palmaire, à la suite de travaux excessifs de la main, soit avec le marteau, soit avec la rame ou la charrue, etc. Quand les gaînes sont rétractées, il n'y a rien à faire pour le soulagement du malade ; mais quand la rétraction est due à l'aponévrose et que la bandelette contractée est étroite, on peut avec avantage en faire la division avec un bistouri étroit, à travers une plaie très peu étendue des téguments, et placer le doigt sur une attelle pour le maintenir dans l'extension.

» Mon neveu, M. Bransby Cooper, a pratiqué avec succès cette opération sur le pied chez un fermier qui, par suite d'une rétraction semblable, ne pouvait plus se livrer à ses occupations ordinaires. »

Peut-être, continue M. Dupuytren, en se livrant à des recherches, en trouvera-t-on quelques descriptions dans les auteurs ; mais ma vie, entièrement consacrée à agir, ne m'a pas permis de les faire toutes, et je serai heureux d'apprendre que ceux qui m'ont devancé, et qui ont écrit sur cette maladie, ont trouvé la cause et les moyens à employer pour la guérir.

On a successivement fait dépendre les rétractions d'une affection rhumatismale, goutteuse, d'une violence extérieure, d'une fracture, d'une cause morbifique qui se serait métastasée, comme cela arrive quelquefois à la suite des inflammations des gaînes, des tendons des fléchisseurs, ou d'une es-

pèce d'ankylose ; nous reconnaîtrons bientôt combien ces prétendues causes étaient peu fondées.

La plupart des individus que cette maladie affecte ont été obligés de faire des efforts avec la paume de la main et de manier des corps durs, tels que le marteau, la rame, la charrue. C'est ainsi que le marchand de vins et le cocher dont nous rapporterons les observations avaient l'habitude, l'un de percer des barriques avec un poinçon ou de gerber des pièces, l'autre de faire jouer sans cesse son fouet sur le dos de ses haridelles. Nous pourrions encore citer l'exemple d'un homme livré aux travaux du cabinet, qui mettait un soin particulier à cacheter ses dépêches avec de la cire et un cachet dont le manche arrondi pressait très fortement la paume de la main. On la rencontre chez les maçons, qui saisissent des pierres avec l'extrémité des doigts, chez les cultivateurs, etc. On voit donc déjà que la maladie se manifeste de préférence chez ceux qui sont obligés de prendre un point d'appui dans la paume de la main.

La maladie commence ordinairement par le doigt annulaire ; elle s'étend de là aux doigts voisins, et particulièrement au doigt auriculaire ; elle augmente par degrés insensibles. Les malades éprouvent d'abord un peu de roideur dans la paume de la main et de la difficulté à étendre le doigt ; bientôt ces doigts restent fléchis au quart, au tiers ou à la moitié ; la flexion est quelquefois portée beaucoup plus loin, et l'extrémité libre des doigts vient alors s'appliquer à la paume de la main. Dès le principe, une corde se fait sentir sur la face palmaire des doigts et de la main ; cette corde est plus tendue quand on fait effort pour redresser les doigts, et elle disparaît presque entièrement quand ils sont tout-à-fait fléchis. Elle est de forme arrondie ; sa partie la plus saillante se trouve à la hauteur de l'articulation du doigt avec le métacarpe qui lui sert de soutien. Elle forme là une espèce de pont. Ses extrémités se terminent insensiblement du côté du doigt, à la hauteur de la seconde phalange, et du côté de la main, vers le milieu de la paume, et quelquefois seulement vers sa partie supérieure.

La peau située dans la direction du doigt forme des plicatures en arc de cercle, dont la concavité est placée en bas, dont la convexité est en haut, et dont le premier emboîte en quelque sorte la base du doigt, et est lui-même emboîté dans les arcs de cercle plus élevés ; ceux-ci diminuent insensiblement, et atteignent ordinairement le milieu de la paume de la main. Ces symptômes se bornent, pendant quelque temps, au doigt primitivement affecté, mais plus tard, ils s'étendent aux doigts voisins, dans lesquels cependant ils sont toujours beaucoup moins prononcés.

Malgré toutes ces apparences d'une lésion profonde, les articulations des doigts affectés ne présentent aucune trace d'ankylose, et sans excepter celle de la première phalange, elles sont très mobiles dans le sens de la flexion ; mais elles ne sauraient être étendues au-delà d'un certain point, quels que soient les efforts que l'on fasse ; et, en effet, nous avons vu plus d'une fois que des poids de cent, et même de cent cinquante livres, pouvaient être appendus à l'espèce de crochet que forme le doigt, sans que pour cela son angle de flexion fût ouvert d'une ligne. Il semble que le doigt soit empêché de se redresser par un arc-boutant inflexible, placé dans le sens de l'extension. Il n'y a pourtant d'autre obstacle à ce mouvement que la corde située sur la face palmaire des doigts et de la main, corde dont la saillie et la tension sont, en général, proportionnées aux efforts tentés pour redresser le doigt.

La maladie commence, se développe et atteint son plus haut degré sans que les malades éprouvent aucune douleur. Les efforts même dont nous venons de parler n'en causent presque aucune ; il semble que la maladie dépende d'un obstacle tout-à-fait mécanique, et que cet obstacle soit formé par des parties qui ne jouissent presque d'aucune des propriétés qui rendent les autres parties sensibles à l'action des violences extérieures.

Mais à quoi donc attribuer les incommodités de ce mal ? L'annulaire ne peut plus être étendu, les doigts voisins ne sauraient l'être complétement. Le malade ne peut saisir que des

corps peu volumineux; s'il veut serrer fortement les objets, il éprouve une vive douleur; l'action de saisir est gênée, détermine une sensation pénible. Reste-t-il en repos, la douleur cesse, et elle ne se fait de nouveau sentir que lorsqu'il étend trop vivement les doigts.

M. Dupuytren, qui, dans sa clinique ou dans ses consultations, a au moins observé trente ou quarante cas de ce genre, cite une foule d'opinions diverses sur la cause de la rétraction de l'annulaire. Les uns l'ont regardée comme un épaississement et un racornissement de la peau, ne considérant pas qu'elle était entraînée et attirée sur elle-même, parce qu'elle suit le mouvement de la cause qui a occasionné le mal; d'autres l'ont fait dépendre d'une affection spasmodique des muscles : mais cette explication est purement hypothétique, car, à l'exception de l'extension, tous les autres mouvements s'exécutent librement et avec facilité. Le plus grand nombre a pensé que la rétraction était liée à une maladie des tendons des fléchisseurs; long-temps M. Dupuytren lui même partagea cette manière de voir. Mais il fallait connaître la nature de cette maladie. Était-ce une inflammation, un gonflement, une adhérence du tissu cellulaire, ou une maladie chronique de ces parties? L'inflexible dissection se chargea de résoudre toutes ces questions, en démontrant qu'il n'existait aucune des altérations présumées. Quelques médecins l'ont fait naître d'une maladie des coulisses tendineuses; d'autres, d'une sorte de disposition de la surface articulaire des doigts et des ligaments latéraux. Si l'on examine l'articulation, on voit que les surfaces sont très étendues, et qu'elles sont unies de telle sorte qu'elles affectent plus spécialement la flexion, tandis que les mouvements d'extension sont moins faciles. Les ligaments latéraux placés des deux côtés de l'articulation présentent, dans leur situation, une disposition qu'il importe de noter. Ils sont plus rapprochés du plan antérieur que du plan postérieur; d'où il résulte que les doigts ont plus de tendance à se porter dans le sens de la flexion que dans celui de l'extension. Mais, en admettant que cette hypothèse ait quelque valeur, elle ne pourrait s'appliquer à des hommes dans la

force de l'âge ; d'ailleurs, elle tombe devant les faits. Il est enfin des médecins qui croient que la rétraction est due à une maladie des surfaces articulaires, qui aurait déterminé le dépoli, l'usure, l'ankylose de l'articulation.

Nous ne nous arrêterons pas plus long-temps sur ces diverses suppositions, a dit M. Dupuytren ; nous ne les avons rapportées que parce qu'elles sont liées à l'historique de la maladie. Le point important pour nous, c'est qu'il existe un obstacle, et que nous devons chercher à en connaître la cause. Il y a peu d'années encore, on pensait que la rétraction de l'annulaire dépendait d'une altération des tendons des fléchisseurs : en voyant en effet la saillie formée à la partie antérieure du doigt, cette opinion paraissait extrêmement plausible.

Tel était l'état de la science relativement à la maladie, lorsqu'un homme atteint de cette affection vint à mourir. M. Dupuytren, qui l'observait depuis long-temps, en fut informé, et il fut assez heureux pour que ce fait remarquable ne fût point perdu pour l'art de guérir.

Obs. I. — *Rétraction permanente des doigts. — Mort. — Dissection.* — Un vieillard était atteint depuis long-temps d'une rétraction des doigts. Cet homme ayant succombé, M. Dupuytren résolut d'examiner avec le plus grand soin la pièce anatomique ; dès qu'il eut le bras à sa disposition, il fit dessiner avec soin la main, et procéda ensuite à la dissection. La peau ayant été enlevée dans toute l'étendue de la paume de la main et de la face palmaire des doigts, les plis, le froncement qu'elle offrait naguère, disparurent entièrement ; il était donc évident que l'arrangement qu'elle présentait pendant la maladie ne lui appartenait pas, qu'il lui était communiqué ; mais comment et par quoi ? La dissection fut continuée : le professeur mit à découvert l'aponévrose palmaire, et s'aperçut avec étonnement qu'elle était tendue, rétractée, diminuée de longueur ; de sa partie inférieure partaient des espèces de cordons qui se rendaient aux côtés du doigt malade. En faisant exécuter des efforts d'extension aux doigts, M. Dupuytren vit clairement que l'aponévrose subissait une sorte de tension, de crispation : c'était un trait de lu-

mière ; aussi conjectura-t-il que cette aponévrose était pour quelque chose dans les effets de la maladie. Mais restait à trouver le point affecté ; il coupa les prolongements qu'elle envoie sur les côtés des doigts : immédiatement la contracture cessa, les doigts revinrent au demi-quart de flexion ; le moindre effort ramenait les phalanges à l'extension complète. Les tendons existaient dans leur intégrité ; les coulisses n'avaient point été ouvertes ; qu'y avait-il donc de changé? l'enlèvement de la peau et la section des extrémités de l'aponévrose qui vont à la base des phalanges. Pour ne laisser aucun doute et résoudre toutes les objections, M. Dupuytren mit à découvert les tendons ; ils avaient leur volume et leur mobilité accoutumés, leurs surfaces étaient lisses ; il poussa l'examen plus loin : les articulations étaient à l'état normal, les os n'étaient ni gonflés ni inégaux ; ils ne présentaient pas le plus léger vestige d'altération soit à l'extérieur, soit à l'intérieur ; il ne distingua aucun changement dans l'inclinaison des surfaces articulaires, ni altération dans les ligaments extérieurs, ni ankylose ; les gaînes synoviales, les cartilages, la synovie, n'avaient pas non plus souffert d'altération. Il était dès lors naturel de conclure que le point de départ de la maladie était dans la tension exagérée de l'aponévrose palmaire, et que cette tension elle-même était due à une contusion de l'aponévrose par suite de l'action trop forte ou trop long-temps prolongée d'un corps dur dans la paume de la main. Il n'était donc plus question que de trouver l'occasion d'appliquer cette théorie à de nouveaux faits : elle ne devait pas se faire long-temps attendre.

Les opinions diverses émises sur les causes de cette affection ont nécessairement occasionné beaucoup d'incertitude dans les moyens thérapeutiques. Plusieurs praticiens ont pensé qu'elle était au-dessus des ressources de l'art. M. le docteur Bennati, consultant Astley Cooper pour un Italien, nommé Ferrari, maître de piano, qui présentait cette difformité, le célèbre chirurgien anglais lui répondit que la maladie était incurable ; on voit qu'à cette époque la nature du mal ne lui était pas encore connue. D'autres, en admettant la possibilité de la

guérir, ont préconisé des moyens, dont le grand nombre démontre l'inefficacité. M. Dupuytren ayant eu à traiter plusieurs individus qui avaient une rétraction de l'annulaire, a successivement employé des fumigations de vapeurs, d'abord faites avec des espèces émollientes, puis avec des substances calmantes; des cataplasmes pendant le jour, et quelquefois pendant la nuit; des sangsues; des frictions avec des pommades résolutives, et notamment avec la pommade mercurielle, et avec le calomel; il a eu également recours aux douches alcalines, simples, sulfureuses, savonneuses, à toutes les températures, sans que le succès soit venu couronner ses efforts. Fatigué de cette résistance opiniâtre, M. Dupuytren prescrivit une extension permanente, au moyen d'une machine fabriquée par Lacroix. L'emploi de ce moyen ne produisit aucune amélioration; de vives douleurs, au contraire, se faisaient bientôt sentir dans la paume de la main, lorsque l'extension avait été trop long-temps continuée; on fut donc obligé de l'abandonner. Quelques chirurgiens avaient proposé la section des tendons des fléchisseurs. Cette opération a été pratiquée deux fois. Dans la première, on coupa le tendon au milieu. Il se manifesta une inflammation, avec étranglement, le long de la gaîne; la vie du malade fut mise en danger, et le doigt resta fléchi. Dans un autre cas, la section eut lieu beaucoup plus bas; il n'y eut point d'accidents, mais le doigt conserva presque toute sa flexion. Ce fut long-temps après ces opérations, pratiquées par des chirurgiens estimables d'ailleurs, que M. Dupuytren fut consulté pour un cas semblable.

Obs. II. — *Contracture de l'annulaire et du petit doigt, guérie complétement par le simple débridement de l'aponévrose palmaire.* — En 1811, M. L..., marchand de vins en gros, quai de la Tournelle, n° 25, ayant reçu un grand nombre de pièces de vins du Midi, voulut aider ses ouvriers à les ranger dans son magasin, en les entassant les unes sur les autres, ce qu'on appelle, en termes de commerce, *gerber*. A l'instant où il essayait de soulever l'une de ces pièces, qui sont ordinairement fort volumineuses, en plaçant la main gauche au-dessous du rebord saillant formé par l'extrémité

des douves, il ressentit, au même moment, un craquement et une légère douleur dans la partie interne de la paume de la main. Il conserva, pendant quelque temps, de la sensibilité et de la roideur dans cet organe; mais, peu à peu, ces symptômes se dissipèrent, en sorte qu'il n'y fit que peu d'attention. L'accident était presque oublié, lorsqu'il s'aperçut que l'annulaire tendait à se rétracter et à s'incliner vers la paume de la main, sans pouvoir être relevé autant que les autres. La douleur n'existant point, il négligea cette légère difformité. Peu à peu, elle fit des progrès; chaque année l'inclinaison était plus marquée. Au commencement de 1831, l'annulaire et le petit doigt étaient tout-à-fait fléchis et couchés sur la paume de la main; la seconde phalange était pliée sur la première, et l'extrémité de la troisième appliquée sur le milieu du bord cubital de la surface palmaire. Le petit doigt, très fléchi, était incliné d'une manière invariable vers la paume de la main. La peau de cette partie était plissée, entraînée vers la base des deux doigts rétractés.

M. L..., contrarié de voir ce vice de conformation s'accroître de jour en jour, et désirant vivement en être débarrassé, à quelque prix que ce fût, consulta plusieurs médecins. Tous pensèrent que la maladie avait son siége dans les tendons fléchisseurs des doigts affectés, et qu'il n'y avait d'autre remède que la section de ces parties. Les uns voulaient couper les deux tendons à la fois, et les autres n'en diviser qu'un seul. Consulté à son tour, M. Mailly pensa de même que la maladie était probablement due à une rétraction des tendons fléchisseurs; mais il conseilla au malade de s'en remettre entièrement à l'expérience de M. Dupuytren. A peine ce professeur eut-il vu la main de M. L..., qu'il déclara que cette affection n'avait point son siége dans les tendons, mais dans l'aponévrose palmaire seulement, et que quelques débridements pratiqués sur cette aponévrose suffiraient pour rendre aux doigts toute la liberté de leurs mouvements. L'opération fut convenue et arrêtée pour le 12 juin, et M. Dupuytren, aidé par MM. les docteurs Mailly et Marx, y procéda de la manière suivante :

La main du malade étant solidement fixée, il commença par faire une incision transversale de dix lignes d'étendue, vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt annulaire; le bistouri divisa d'abord la peau, puis l'aponévrose palmaire, avec un craquement sensible à l'oreille. L'incision achevée, on vit le doigt annulaire se redresser, et il put être étendu presque aussi facilement que dans l'état naturel. Désirant éviter au malade la douleur d'une nouvelle incision, M. Dupuytren essaya de prolonger la section de l'aponévrose, en glissant le bistouri transversalement et profondément au-dessous de la peau, du côté du bord cubital de la main, pour arriver à dégager le petit doigt, mais ce fut en vain. Il ne put que légèrement dilater l'incision de l'aponévrose; en conséquence, il se détermina à pratiquer de nouveau une incision transversale, vis-à-vis l'articulation de la première et de la seconde phalange du petit doigt, et détacha ainsi son extrémité de la paume de la main; mais le reste du doigt se tint invariablement fixé vers cette partie. Alors une nouvelle incision divisa la peau de l'aponévrose, vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante. Elle procura un léger dégagement : ses effets étaient encore incomplets. Enfin, une troisième et dernière incision fut pratiquée en travers, vis-à-vis le milieu de la première phalange elle-même, et aussitôt le petit doigt put être étendu avec la plus grande facilité; ce résultat annonçait hautement que la dernière division avait intéressé le point d'insertion de la digitation aponévrotique. Un écoulement de sang peu considérable succéda aux incisions. On pansa avec de la charpie sèche, puis on assujettit le petit doigt et l'annulaire dans l'extension, à l'aide d'une machine appropriée et fixée sur le dos de la main.

Le jour de l'opération et la nuit suivante, peu et même point de douleur; seulement gêne légère causée par l'extension continuelle. Le lendemain matin, le dos de la main est le siége d'un empâtement peu étendu, résultat de la compression de la machine, qui avait été construite d'une manière assez grossière par un bandagiste peu habile. Le 14 au matin, on substitue une machine confectionnée par M. La-

croix, et consistant en un demi-cylindre en carton, terminé par quatre tiges métalliques, s'allongeant ou se raccourcissant à volonté, et surmontées d'espèces de dés pour embrasser l'extrémité des doigts. Le malade semble d'abord éprouver du soulagement; mais le soir, l'irritation se réveille, la douleur redouble, et la main est envahie par un gonflement général. Alors, sans retirer la machine extensive, M. Dupuytren ordonne d'arroser constamment la main d'une solution d'eau froide et d'extrait de saturne. Sous l'influence de ces ablutions fréquentes, la douleur et la tension diminuent, et l'état du malade devient plus supportable.

Le 15, on lève la charpie, et on trouve la suppuration à peine établie; la main est encore engorgée, et une douleur tensive, mais tolérable, se fait ressentir dans toute l'étendue des doigts redressés. On maintient la tension au même degré, et on continue les fomentations saturnines. Le 16, il n'y a plus qu'un léger empâtement de la main, une roideur dans les doigts; la suppuration est complétement établie. Le 17, les symptômes ont encore diminué d'intensité, et on peut augmenter la tension des doigts de quelques degrés, sans déterminer de douleur. Enfin les jours suivants, l'empâtement et la tension se dissipent, et les plaies marchent vers leur cicatrisation, mais d'une manière lente, à cause de l'écartement que produit entre leurs lèvres la position forcée dans laquelle la main est maintenue à dessein. Néanmoins la cicatrisation est complète dans toutes les plaies, le 2 juillet. Le mode suivant lequel elle s'est opérée doit être noté. En effet, elle a suivi une progression en rapport avec le degré différent d'influence que l'extension exerçait sur chacune d'elles.

Ainsi l'on vit successivement se fermer : 1° celle qui correspondait à l'articulation de la première et de la deuxième phalanges du doigt annulaire; 2° celle qui était vis-à-vis la partie moyenne de cette même première phalange; 3° celle qni était en rapport avec l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt; 4° enfin celle qui avait été pratiquée la première, et qui correspondait à l'articulation métacarpo-

phalangienne de l'annulaire. Au reste, le malade a conservé l'usage de la machine extensive pendant plus d'un mois, afin de s'opposer au rapprochement et à l'affrontement des bords des sections aponévrotiques, et d'en obtenir la cicatrisation isolée. Lorsqu'on enlève la machine, on voit que le malade peut facilement fléchir les doigts, et qu'il n'en est empêché que par la roideur dans laquelle l'état d'extension continuelle tient les articulations. Mais cette roideur sera bientôt dissipée dès qu'on permettra au malade de se livrer à quelques mouvements.

Le 2 août, M. L... ne porte plus la machine extensive que la nuit, et déjà ses articulations commencent à prendre un léger degré de souplesse, qui fait juger que l'usage des tendons fléchisseurs est resté intact, et que, dans quelque temps, les mouvements des doigts seront rétablis dans leur état naturel (1).

L'observation que nous venons de lire ne laisse plus de doute sur la cause de la maladie ; l'opinion de M. Dupuytren est donc fondée et rend ingénieusement compte des faits.

Mais comment l'aponévrose palmaire peut-elle déterminer de semblables effets? c'est ce qu'une courte description de cette enveloppe fibreuse fera bien comprendre (2). L'aponévrose palmaire superficielle résulte en partie de l'épanouissement du tendon du palmaire cutané et du prolongement du ligament annulaire antérieur du carpe. D'abord extrêmement forte à sa naissance, elle s'amincit ensuite graduellement en avançant, de manière à donner naissance, vers son bord inférieur, à quatre languettes fibreuses qui se dirigent vers l'extrémité inférieure des quatre derniers os métacarpiens. Là, chacune d'elles se bifurque pour le passage des tendons des fléchisseurs, et chacune des branches de cette bifurcation vient se fixer sur les côtés de la phalange, et non en avant, comme beaucoup d'anatomistes l'ont cru. Ce sont ces prolongements qui, plus tendus que l'aponévrose, doi-

(1) Observation recueillie par M. Mailly.

(2) *Traité des aponévroses, suivi de considérations chirurgicales*, par Alexandre Paillard. Paris, 1827.

vent être coupés. Lorsqu'on dissèque la peau et l'aponévrose, on éprouve une certaine difficulté à les séparer à cause du tissu cellulaire et des prolongements fibreux qui naissent de l'aponévrose. Ces adhérences expliquent le froncement et les mouvements de la peau. On pourrait craindre, dans la section des prolongements fibreux, d'intéresser les nerfs et les vaisseaux, mais lorsque l'aponévrose est tendue, elle forme une espèce de pont qui les protège, de sorte qu'on peut la couper sans danger. L'aponévrose palmaire a pour usage de maintenir les tendons des muscles fléchisseurs, d'empêcher la concavité antérieure de s'effacer et de protéger les différentes parties de la main ; chez les animaux qui se perchent, elle est très prononcée et jouit d'une élasticité très remarquable. Telles sont les fonctions ordinairement attribuées à l'aponévrose palmaire ; mais elle en a d'autres en vertu desquelles elle tend sans cesse à ramener les doigts à la demi-flexion, qui est aussi leur état de repos, et c'est l'exagération de cette fonction, produite par une maladie, qui détermine la rétraction des doigts.

Cette rétraction, et en particulier celle de l'annulaire, est donc maintenant une maladie connue dans sa cause, et dont le mode de traitement est établi sur des règles fixes ; aussi concevra-t-on aisément le succès de l'opération pratiquée lundi, 5 décembre, par M. Dupuytren.

Obs. III. — *Rétraction des doigts.* — *Opération.* — Le nommé Demartau (Jean-Joseph), âgé d'environ quarante ans, cocher, fut couché au nº 66 de la salle Sainte-Marthe, dans les premiers jours de décembre 1831. Depuis plusieurs années, il voyait ses doigts se retirer vers la paume de la main, l'annulaire était surtout rétracté ; lorsqu'il vint à la clinique, les doigts étaient tellement inclinés qu'ils ne se trouvaient plus qu'à la distance d'un pouce et demi de la paume de la main ; la peau de la paume formait des plis dont la concavité était tournée vers les doigts. Si l'on étendait les phalanges, on apercevait une espèce de corde se dirigeant du doigt à la paume de la main. La maladie existait dans les deux mains. Le diagnostic ne pouvait être douteux.

Le malade assis sur une chaise, M. Dupuytren saisit la main droite et fit exécuter des mouvements aux doigts ; on vit manifestement la tension de l'aponévrose; alors, avec un bistouri courbé, il pratiqua des incisions demi-circulaires : l'une à la base de l'annulaire, afin de couper les deux prolongements digitaux et latéraux de l'aponévrose palmaire qui se rendent à ce doigt; l'autre à un pouce et quart au-dessous de la première dans la paume de la main, pour faire une seconde section de ce prolongement digital, et le séparer par sa base du corps de l'aponévrose palmaire. Ces incisions terminées, l'annulaire a presque aussitôt repris sa position normale ; il n'y a eu qu'une petite quantité de sang répandue. Le malade s'étant trouvé très faible, M. Dupuytren a remis à un autre jour l'opération de la main gauche. Le pansement sera dirigé d'après la méthode adoptée dans le traitement du marchand de vin, et nul doute que le résultat ne soit semblable. Aujourd'hui, 10 janvier, ce malade est parfaitement bien; les plaies produites par l'opération sont toutes guéries, et les doigts, naguère rétractés, sont parfaitement droits et étendus comme les autres.

Les faits qui viennent d'être exposés établissent d'une manière incontestable que la rétraction des doigts tient dans ces cas, d'après les signes exposés par M. Dupuytren, à une rétraction de l'aponévrose palmaire, et particulièrement des prolongements qu'elle envoie à la base des doigts; que cette maladie peut être guérie par la section en travers de ces prolongements et de la partie de l'aponévrose qui les fournit.

Trois faits ne sauraient établir une doctrine générale, mais ils ne manqueront pas d'éveiller l'attention des savants et des praticiens, et il est probable que cet éveil deviendra profitable à la science et à l'humanité, en multipliant les observations sur les causes, les signes, les effets et le traitement de cette maladie, et principalement sur l'opération que M. Dupuytren a imaginée pour la guérir. J'appelle ces observations de tous mes vœux, dussent-elles être contradictoires avec les miennes ; ce que je désire avant et par-dessus tout, c'est ce qui peut être utile à l'humanité, à laquelle j'ai

voué mes facultés et mes veilles. Mais il faut bien que l'on sache que tous les cas analogues ne se ressemblent pas, que toutes les méthodes ne leur sont pas applicables, que les meilleures peuvent être dépréciées et décréditées par de fausses applications : telles seraient, par exemple, celles que l'on ferait de cette méthode à des rétractions des doigts produites par des rhumatismes, la goutte, des panaris, etc.

Nous avons annoncé, dit M. Dupuytren, que beaucoup de causes différentes pouvaient produire cette maladie, et nous avons d'autant plus insisté sur ce sujet, que le même remède ne pourrait s'appliquer dans tous les cas. Il est évident, par exemple, que si l'on confondait la crispation de l'aponévrose palmaire avec les altérations des tendons, on commettrait une erreur très grave.

Afin de vous mettre à même d'établir le diagnostic différentiel de diverses maladies qu'on pourrait mal à propos attribuer à une affection de l'aponévrose palmaire, nous allons vous faire passer en revue un assez grand nombre d'individus chez lesquels existent des flexions des doigts produites par diverses causes. Le premier malade que j'offre à votre examen est un vieux portier âgé de soixante-quatorze ans, qui, depuis quelques années, est balayeur de rues. Cet homme a été blessé à la paume de la main par une pièce de bois, il y a cinq ou six ans ; mais ce n'est que depuis deux ans qu'il s'aperçut que les doigts médius et annulaire de la main droite commençaient à se rétracter ; depuis, la maladie a fait beaucoup de progrès. Il la rapporte à un froid très vif qu'il éprouva pendant le cours d'un hiver très rigoureux. Aujourd'hui les doigts sont fléchis au quart à peu près. Il est impossible de les redresser, quelle que soit la force que l'on emploie. Deux cordes tendues, saillantes et dures, vont du milieu de la paume de la main jusqu'à la base des doigts rétractés. Lorsqu'on fait des efforts pour étendre ceux-ci, ces cordes deviennent plus saillantes, et on voit se mouvoir et se tendre, tout le long de la partie inférieure de l'avant-bras, le tendon du muscle palmaire grêle. J'ai choisi cet exemple de vraie rétraction, afin que la présence du signe

caractéristique vous serve de point de départ pour bien saisir la différence qu'elle présente avec les maladies qui la simulent.

Dans d'autres cas, un ou plusieurs doigts peuvent être fléchis sur la main, sans qu'il y ait crispation de l'aponévrose. La disposition des parties peut alors tenir à une altération des phalanges. C'est ce que vous verrez chez les deux individus dont nous allons rapporter l'observation.

Obs. IV. — *Altération des phalanges.* — *Rétraction.* — Un jeune garçon de quatorze ans environ, atteint d'une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, entra dernièrement dans le service de M. Sanson pour cette maladie. En l'examinant, on s'aperçut qu'il avait une rétraction du petit doigt de la main gauche; cette affection était fort ancienne et remontait aux premières années de sa vie. Le doigt, ainsi que vous le voyez, est courbé en demi-arc de cercle; la première phalange est immobile sur la seconde, et la seconde sur la troisième. Il est impossible de les faire mouvoir les unes sur les autres, mais l'articulation de la première phalange avec le cinquième métacarpien est parfaitement libre. On peut la renverser en arrière très fortement, et comme dans l'état naturel. Lorsqu'on fait exécuter à l'articulation ces divers mouvements, et surtout ceux d'extension, aucune corde ne se dessine de la paume de la main vers la base du doigt. Il y a donc ici affection des phalanges et non de l'aponévrose palmaire.

Le second sujet présente des symptômes absolument semblables; ainsi dans ces deux exemples l'absence de la corde, la mobilité très grande, et dans tous les sens, de l'articulation métacarpo-phalangienne, l'immobilité de la deuxième phalange sur la première, et de la deuxième sur la troisième, sont des signes qui distinguent particulièrement la maladie, et font reconnaître une ankylose de ces articulations.

Une cicatrice résultant d'une blessure peut simuler la corde, mais celle-ci est superficielle, et d'ailleurs l'on en connaît la cause.

Obs. V. — *Cicatrice simulant la corde.* — Le quatrième individu que nous avons sous les yeux a les deux derniers

doigts constamment fléchis vers la paume de la main. Il est cependant très facile de les étendre; ancune corde n'existe; toutes les articulations des phalanges entre elles et celles du doigt avec le métacarpe, sont parfaitement libres. A quoi donc tient cette flexion continuelle des doigts? Le malade a reçu un coup de sabre sur la face dorsale de la main. Les tendons extenseurs de ces deux derniers ont été coupés: la réunion des bouts divisés ne s'est pas faite, et les fléchisseurs, n'ayant plus d'antagonistes, maintiennent les doigts constamment appliqués à la paume de la main. Il existe par conséquent chez ce malade, non une rétraction, mais bien une flexion passive des doigts et une impossibilité de les étendre par suite de la section des tendons.

Obs. VI. — *Rétraction du doigt annulaire par la destruction de son extenseur. — Section du fléchisseur inutilement pratiquée.* — Le nommé Pierre Ballon, âgé de quarante-deux ans, reçut à la hauteur du quatrième métatarsien de la main droite un coup de feu qui entama superficiellement le dos de la main, divisa complétement le tendon du fléchisseur de l'annulaire, et empêcha dès lors et pour toujours son extension. La plaie étant devenue simple, on observa que ce doigt était constamment et fortement ramené à la flexion. Quelque temps après la cicatrice de la plaie, cette flexion augmenta encore, et cet homme, au bout de trois ans, voulut enfin être débarrassé d'un doigt qui ne lui était pas moins incommode, qu'il voulût se servir de sa main étendue ou bien fléchie.

Lors de son entrée à l'hôpital, la face palmaire du doigt fléchi touchait presque à la paume de la main; la flexion avait lieu principalement dans l'articulation de la première avec la deuxième phalange, et cette articulation paraissait presque soudée. La peau de la face palmaire du doigt était rétractée et formait une bride extrêmement tendue sitôt qu'on cherchait à allonger de force le doigt. Au même instant une douleur très vive avec un sentiment de tiraillement se faisait sentir à la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, dans le corps des muscles fléchisseurs.

Le malade souhaitait qu'on fît l'amputation de ce doigt, et on était disposé à la pratiquer, lorsque quelqu'un ayant proposé de couper les tendons réunis de ses fléchisseurs, on adopta cette idée, sans réfléchir qu'en supposant que ce doigt pût être redressé, ce qui paraissait douteux, vu l'ancienneté de la maladie, la rétraction de la peau, l'action des ligaments latéraux et l'inclinaison des surfaces articulaires qui tendent toujours à ramener les doigts à la flexion, ce malade n'aurait jamais qu'un doigt également incapable de flexion et d'extension, et par conséquent aussi incommode qu'avant l'opération.

On pratiqua donc la section des tendons des fléchisseurs en enfonçant à plat un bistouri à travers les téguments, à la hauteur du corps de la première phalange, et en dirigeant ensuite le tranchant de l'instrument vers ces tendons. On étendit ensuite le doigt, ce qui ne put avoir lieu sans employer beaucoup d'efforts et sans déchirer la peau de sa face palmaire, et sans qu'on entendît le bruit résultant de la destruction de la fausse ankylose de l'articulation fléchie. On le tint étendu à l'aide d'une palette, qu'on abandonna bientôt pour combattre des accidents inflammatoires. On ne s'en servit plus par la suite, et pour maintenir dans l'extension le doigt opéré, on l'unit au doigt voisin; mais loin que ce doigt tînt l'autre redressé, la supériorité des fléchisseurs sur les extenseurs le rendait au contraire propre à entraîner ce dernier dans la flexion. Le malade est sorti après un assez long séjour à l'hôpital, le doigt plus rapproché de l'extension et un peu plus mobile (1).

Une plaie contuse peut encore produire des résultats semblables; c'est en effet ce qui est arrivé chez ce cinquième malade qui est soumis à votre observation.

OBS. VII. — *Plaie contuse déterminant une rétraction du doigt.* — Cet individu est atteint d'une rétraction du petit doigt qui est courbé en arc de cercle; il a toutes les autres articulations très mobiles, ainsi que celle qui unit la première phalange avec le cinquième métacarpien; aucune corde

(1) Observation recueillie par M. Dupuytren.

ne se fait remarquer à la paume de la main ; les tendons du fléchisseur et de l'extenseur de ce doigt sont sains. La rétraction dépend, dans ce cas, d'une maladie de la peau ; celle-ci a été détruite à la région palmaire dans toute son étendue, par suite d'une plaie contuse produite par une roue de voiture. La guérison de cette plaie s'est faite par rapprochement de ses bords et non par production d'un tissu cutané nouveau. De là est résultée une cicatrice étroite qui empêche le redressement du petit doigt.

Les brûlures de la face palmaire produisent très souvent cet effet quand elles ne sont pas convenablement traitées, et quand, au lieu de maintenir les doigts dans une position qui écarte les bords des plaies et permette la formation d'un tissu cutané nouveau destiné à remplacer l'ancien, on les met dans une situation telle, que les bords de ces plaies, avec perte de substance, soient en contact. De là résultent des brides, des adhérences, etc., qui sont autant d'obstacles aux mouvements, et qui produisent des rétractions ; mais, dans ce cas, il n'y a point de cordes saillantes, dures et tendues, dans la paume de la main.

Obs. VIII. — *Rétraction du doigt médius par suite d'une cicatrice vicieuse de brûlure.— Incision de la bride.— Guérison.* — Le 19 août 1833 s'est présentée à la consultation gratuite de M. Dupuytren une petite fille nommée Granjo (Désirée), âgée de quatre ans.

Elle avait le doigt médius de la main droite à demi fléchi, pouvant se fléchir entièrement, mais nullement s'étendre, retenu qu'il était par une bride dure, forte, étendue, suivant la ligne moyenne du doigt, de sa seconde phalange au tiers supérieur de la paume de la main. Cette bride, très étroite, à bord tranchant au niveau du doigt, augmentait progressivement en largeur vers la paume de la main, où elle donnait la sensation d'un cordon très dur. La peau était fortement soulevée par elle, surtout au niveau des articulations. L'articulation métacarpo-phalangienne surtout simulait un arc dont la corde était représentée par la bride. Sur le trajet de celle-ci on remarquait des cicatrices de brûlures.

A ces signes, on reconnut une rétraction de l'aponévrose palmaire. Et, en effet, le commémoratif apprit qu'à l'âge de seize mois l'enfant s'était brûlé la main en l'appuyant sur un poêle échauffé jusqu'au rouge. Le pansement de cette brûlure n'ayant pas été bien dirigé, à mesure que la cicatrice s'était faite, le doigt s'était de plus en plus fléchi.

M. Dupuytren proposa et pratiqua une opération qui devait rendre au doigt sa mobilité. Cinq incisions furent faites successivement sur le trajet de la bride, et au niveau des articulations du doigt et des plis de la paume de la main. Elles furent pratiquées obliquement pour rendre les plaies moins béantes. Toute l'épaisseur de la bride ayant été intéressée, le doigt put être étendu immédiatement et sans effort par le chirurgien.

Restait à maintenir le doigt dans une extension forcée pour éviter le retour de l'infirmité. Dans ce but, on plaça sur la face dorsale de l'avant-bras et du doigt une palette proportionnellement plus étroite au niveau du doigt, bourrée de laine. Quelques tours de bande la fixèrent à l'avant-bras. Un coussinet de charpie fut placé derrière l'articulation métacarpo-phalangienne. L'extrémité du doigt saisie par deux ou trois tours d'une bande étroite, fut fixée par elle à la palette, et le doigt se trouva ainsi courbé en sens inverse de celui où il était auparavant. Les plaies furent couvertes avec un linge fenêtré enduit de cérat, et de la charpie, par dessus laquelle on plaça une petite attelle en carton concave pour s'accommoder à la convexité forcée que l'on avait donnée au doigt. Le tout fut maintenu par une bande roulée.

Les plaies ne fournirent pas de suppuration sensible ; seulement leurs bords se couvrirent de petites croûtes lamelleuses jaunes légèrement humectées par de la sérosité opaline. Après deux semaines de ce pansement quotidien toujours le même, les plaies étaient fermées, le doigt se tenait seul bien étendu. Huit jours plus tard, les cicatrices ont paru complètes, quoiqu'encore un peu molles ; l'enfant a pu assez bien fléchir et étendre le doigt.

La rétraction par suite de la déformation des surfaces ar-

ticulaires des phalanges, occasionnée par certaines professions, est encore assez commune. Les femmes, par exemple, qui se livrent au travail du tricot, obligées de tenir leur petit doigt écarté des autres et fortement recourbé pendant très long-temps pour soutenir le fil de chanvre, de lin ou de coton, ont souvent une rétraction de ce petit doigt, provenant d'une déformation de l'extrémité inférieure de la première phalange de l'extrémité supérieure de la seconde, et des extrémités correspondantes de celle-ci et de la troisième. Cette déformation était plus commune autrefois que de nos jours. On dit cependant qu'elle s'observe fréquemment en Allemagne, où les dames de Berlin, de Dresde, se promènent avec leur tricot à la main.

Obs. IX. — *Déformation des substances articulaires. — Rétraction des quatre derniers doigts.* — Une jeune fille, forte et bien constituée, ouvrière en dentelles, a été dernièrement envoyée à M. Dupuytren par M. Guersent fils. Les quatre derniers doigts de chacune des mains sont rétractés vers la paume. Ils font environ le quart d'un cercle; mais les articulations métacarpo-phalangiennes sont parfaitement libres. Elles peuvent être facilement renversées en arrière sur la face dorsale de la main, et dans ce mouvement forcé d'extension, aucune corde, aucune saillie ne se fait remarquer. Il n'en est pas de même des deuxièmes phalanges sur les premières. Elles ne peuvent pas être redressées sur elles, par suite d'un obstacle invincible dépendant d'une déformation des surfaces articulaires des extrémités des première et seconde phalanges, déformation produite par le genre de travail auquel se livrait cette jeune fille.

Voici encore, continue M. Dupuytren, un autre cas de flexion des doigts tont-à-fait étranger à une affection de l'aponévrose palmaire. Le malade que je vous présente en ce moment est un tailleur. Vous savez que les individus qui exercent cette profession ont l'habitude de tenir toute la journée le petit doigt écarté des autres et recourbé pour diriger le fil quand l'ouvrier coud. Chez celui-ci, il est impossible d'étendre l'annulaire; les tentatives d'extension sont

même très douloureuses ; mais rien n'indique une lésion qui aurait son siége à la face palmaire de la main. La cause du mal réside dans l'articulation de la seconde phalange avec la troisième ; il s'y est développé une tumeur séreuse de la nature de celle que nous appelons kyste synovial accidentel ; la nature de cette affection est facile à constater : il est donc impossible de confondre cette flexion du doigt avec celle qui serait produite par toute autre cause.

La rétractiou des doigts résultant de blessures des tendons des fléchisseurs pourrait, au premier abord, en imposer pour une véritable rétraction ; mais la saillie formée par la tension de l'aponévrose est beaucoup plus superficielle et ne saurait céder à aucun effort d'extension, tandis que dans la maladie dont il s'agit, en exerçant des efforts d'extension sur les doigts, on abaisse le tendon du palmaire grêle, et la saillie disparaît presque entièrement.

Obs. X.— *Blessure d'un tendon des fléchisseurs.— Rétraction.*—Vous avez devant vous un septième malade qui est affecté d'une rétraction du médius. Ce doigt est courbé en demi-arc de cercle ; de son extrémité inférieure, ou de sa pulpe, part une cicatrice cutanée sous forme de prolongement membraneux, qui se rend au bord libre, et dans l'épaisseur duquel on sent une corde arrondie, dure, résistante : c'est le tendon. Le malade a eu un panaris, et le chirurgien qui l'a traité a incisé profondément le médius, et ouvert dans toute son étendue la gaîne du tendon : d'où sont résultés son déplacement et la rétraction des doigts.

Un huitième cas de rétraction des doigts a été présenté à l'observation des élèves par M. Dupuytren. Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme âgé de vingt et quelques années, étudiant en droit, ayant une rétraction des quatre derniers doigts de chaque main. Ces doigts étaient à demi-fléchis, et il était impossible de les redresser, quelque force que l'on employât. Quatre cordes dures et saillantes existaient à la paume de la main, depuis la partie moyenne de cette paume jusqu'à la base des doigts. Le pouce était parfaitement libre.

Ce jeune homme attribuait cette maladie à l'oubli que sa

nourrice avait commis de ne pas lui redresser, dans sa première enfance, les quatre derniers doigts de ses mains, comme elle l'avait fait pour le pouce, qui n'était point rétracté comme les autres. Cette absurde opinion prouve au moins que la maladie était très ancienne : ne pourrait-elle pas être congéniale ? L'aponévrose palmaire ne pourrait-elle pas être naturellement trop étroite pour les fonctions qu'elle a à remplir, et donner naissance ainsi à cette rétraction des doigts?

La blessure d'une articulation est encore une des causes nombreuses de rétraction.

Obs. XI. — *Rétraction déterminée par la blessure d'une articulation.* — Le neuvième malade que vous avez sous les yeux se trouve dans ce cas. Il présente une flexion du doigt indicateur de la main droite. Elle consiste dans une inclinaison très forte vers la face palmaire de la troisième phalange sur la deuxième. Il y a impossibilité de faire exécuter à cette articulation le moindre mouvement. L'ankylose est complète. Le malade a reçu sur la face dorsale du doigt un coup d'un instrument tranchant, qui a pénétré dans l'intérieur de l'articulation : une inflammation s'en est emparée, la suppuration l'a suivie, et la soudure a eu lieu. Les autres articulations sont très mobiles.

Citons un autre fait. Un graveur de la rue de Castiglione reçut, dans le clos Saint-Georges, au mois de mai 1831, d'un voleur occupé à enlever du plomb des toits des maisons environnantes, un coup de pistolet, qui pénétra dans l'avant-bras d'avant en arrière, à sa partie supérieure et interne. La balle traversa seulement les chairs et n'intéressa pas les os. Le nerf cubital fut coupé, et il s'ensuivit immédiatement une paralysie de la partie interne de l'avant-bras et des deux derniers doigts de la main auxquels ce nerf se distribue. Appelé immédiatement auprès du malade, dit M. Dupuytren, je débridai les plaies pour prévenir toute espèce d'étranglement, et je fis un pansement simple ; aucun accident n'entrava la guérison; elle était parfaite au bout d'un mois. Seulement la paralysie subsista, et fut accompagnée de la rétraction des deux derniers doigts vers la paume de la main, sur laquelle ils sont

appliqués. Les articulations des doigts et des phalanges sont très libres, très mobiles ; mais quand on veut étendre les doigts, on éprouve beaucoup de résistance ; le malade ressent de vives douleurs et une tension considérable à la cicatrice. Les muscles fléchisseurs ayant éprouvé là une déperdition de substance assez considérable, sont raccourcis, et déterminent un état permanent et exagéré de flexion des deux derniers doigts de la main. Pareil phénomène a été observé sur un malade qui était à l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de janvier 1832 : une roue de voiture pesamment chargée avait passé sur la face antérieure de l'avant-bras, et avait produit une déchirure des muscles fléchisseurs des doigts. Il en résulta un état permanent et assez prononcé de flexion des doigts.

La lésion que nous étudions peut dépendre de brides placées sur le dos de la main.

Obs. XII. — *Rétraction du médius gauche par bride sur le dos de la main. — Opération suivie d'un plein succès.* — Lecor (Joséphine), petite fille de quatre ans, d'une belle constitution, est affectée depuis deux années d'une rétraction du médius gauche ; cette difformité acquise entrave à tel point les mouvements de la main, que les parents de la jeune enfant n'hésitent pas à la confier aux soins de M. Dupuytren. Lecor, entrée le 7 juillet 1833, est placée au nº 40 de la salle Saint-Jean ; elle présente une flexion permanente des quatre derniers doigts de la main gauche.

Cette flexion, qui empêche l'extension bien complète des doigts, à peine sensible à l'index, l'annulaire et le petit doigt, est surtout remarquable au médius ; ce dernier, fléchi presque à angle droit dans l'articulation de sa première phalange avec la seconde, a subi un mouvement en sens inverse dans l'articulation de cette même phalange avec le troisième métacarpien, de telle sorte qu'il représente d'une façon assez exacte les courbures d'un Z dont la portion moyenne serait figurée par la première phalange.

Ces courbures sont si prononcées qu'il faut un certain effort pour amener le doigt à reposer par tous ses points sur un

plan horizontal. La main, qui semble ne participer en rien à ces inflexions vicieuses, est manifestement fléchie dans son articulation radio-carpienne vers la face dorsale de l'avant-bras, ou plutôt le mouvement d'extension est porté à ce point, qu'elle semble fléchie seulement, parce qu'elle se trouve dans une extension forcée. La cause de cette difformité n'est pas à la face palmaire ; on la cherche à la face dorsale ; là on trouve une bride dure, roide, tendue comme la corde d'un arc formée d'ailleurs par la peau, qui elle-même semble envelopper un corps résistant ; cette bride avait succédé à l'ouverture d'un petit abcès ayant son siége au dos de la main. Il resta prouvé que le premier effet de cette bride avait été de tirer fortement, d'étendre outre mesure la main sur la face dorsale de l'avant-bras. De cette extension forcée, qui avait par contre-coup entraîné après elle l'extension des phalanges sur les métacarpiens, il était résulté que la main ne se trouvant plus sur un plan uniforme, mais sur un plan à convexité antérieure, les tendons fléchisseurs, forcés de passer sur cette poulie de renvoi (représentée par la saillie de la face supérieure des os du carpe), avaient été tiraillés, tendus.

Le tiraillement des fléchisseurs, qui tous viennent aux dernières phalanges, avait déterminé la flexion de ces seules phalanges, parce que l'extension de la main et des premières phalanges étant assujettie par une force antagoniste plus grande, par celle de la bride accidentelle réunie à la puissance des extenseurs dont l'habitude avait rendue permanente la contraction vicieuse.

Rendre à la main la liberté de ses mouvements, tel était le but qu'on devait se proposer ; pour y atteindre, une seule indication se présentait : inciser la bride qui avait produit et entretenu la difformité. Le 9 juillet, on procéda à cette opération de la façon suivante : une incision d'un pouce environ d'étendue fut pratiquée ; elle divisa l'épaisseur de la peau parallèlement à la bride ; son tissu dense, fibreux, mis à nu par cette incision, fut coupé en travers et avec perte de substance ; les adhérences ligamenteuses au tendon ex-

tenseur qui lui correspondait furent emportées avec soin ; restait alors une plaie simple, on la réunit par première intention au moyen de bandelettes agglutinatives ; mais ces soins eussent été probablement infructueux, si l'on se fût borné à eux seuls ; l'habitude vicieuse qu'avaient contractée les parties les eût bientôt ramenées à leur situation première ; de nouvelles adhérences anormales eussent promptement été organisées, et elles auraient totalement anéanti le bénéfice de l'opération ; pour en assurer le succès, une compresse graduée, et par dessus elle une palette mince qui, du tiers inférieur de l'avant-bras, s'étendait à l'extrémité des doigts, furent placées dans le but de rendre permanente et uniforme l'extension des doigts.

L'extension de ce simple appareil fut maintenue au moyen de plusieurs tours de bande dont la pression fut modérée au dos de la main par une compresse longuette et graduée, appliquée sur la charpie mollette qui recouvrait la solution de continuité ; plus tard, l'attelle droite fut elle-même remplacée par une attelle courbe, qui, mise dans le sens de la flexion, devait en effet opérer celle de la main sur l'avant-bras ; éloigner l'un de l'autre les bouts divisés du tissu ligamenteux accidentel, et opposer enfin une force invisible à la force vicieuse, qui tendait à ramener les parties à leur situation anormale, ainsi qu'il avait été prévu d'avance. Rien ne vint entraver le succès complet d'une opération dont les effets furent si satisfaisants, qu'après vingt jours la petite malade ne conservait plus de son ancienne bride qu'une trace linéaire, et qu'elle est sortie le 28, dix-septième jour de son opération, jouissant dans toute leur plénitude des mouvements de sa main (1).

Ainsi, parmi les observations que nous venons de rapporter, dans le but d'établir un diagnostic différentiel entre les diverses espèces de rétraction des doigts, nous en trouvons qui sont produites par une véritable crispation de l'aponévrose palmaire, par une déformation des surfaces articulai-

(1) Observation recueillie par M. Choisy.

res des phalanges, par la section des tendons extenseurs, par une cicatrice trop étroite à la peau, par la destruction de la coulisse fibreuse des tendons, enfin par la maladie ou la perte de substance des muscles fléchisseurs des doigts.

Nous avions désiré, continue M. Dupuytren, vous offrir une pièce pathologique qui ne laissât aucun doute dans vos esprits sur le siége de la maladie dont je viens de vous entretenir; le hasard nous a heureusement favorisé, et nous vous présentons le bras, l'avant-bras et la main d'un individu qui a été affecté, à un degré marqué, de rétraction des doigts: j'ai fait disséquer ces parties avec soin, et vous allez juger par vous-mêmes de l'exactitude de tout ce que j'ai avancé. Le tendon du palmaire grêle et l'aponévrose palmaire ont été isolés des parties sous-jacentes; je vous prie d'examiner ce qui va se passer dans les différentes expériences que je vais faire. Si, par exemple, les muscles fléchisseurs avaient quelque action dans la production de cette maladie, il est certain qu'en les tirant, comme je fais en ce moment, ils augmenteraient la rétraction d'une manière sensible, or c'est ce qui n'a pas lieu; car j'ai beau exercer des tractions sur la couche superficielle ou profonde, la corde qui est placée au-devant des deux derniers doigts n'en éprouve pas de changement appréciable. Si j'étends, au contraire, les phalanges sur le dos de la main, la corde devient extrêmement marquée, mais les tendons des fléchisseurs ne suivent que médiocrement ce mouvement. Si d'ailleurs les fléchisseurs avaient quelque influence dans cette maladie, la section que je vais faire de leur couche superficielle et profonde au-dessus du poignet ferait cesser la crispation des doigts, et vous voyez, continue M. Dupuytren, qu'il n'en est rien. La section des tendons dans la paume de la main n'a pas de résultats différents. Mais si les tendons n'ont pas d'influence sur la rétraction des doigts, il n'en est pas de même de l'aponévrose palmaire; vous vous apercevrez, en effet, que la plus légère traction de celle-ci augmente la courbure des doigts vers la paume de la main; si vous étendez les doigts sur la face dorsale, la corde devient roide, tendue, et est formée exclusivement par

l'aponévrose ; celle-ci est isolée de toutes les autres parties, de sorte qu'il est facile de remarquer qu'elle est le seul obstacle au redressement des deux derniers doigts. Déjà tous les doutes sont dissipés ; mais s'il vous en restait encore, une dernière expérience achèverait de les faire disparaître : c'est la section des expansions aponévrotiques qui vont aux doigts. A peine cette section est-elle terminée que la flexion disparaît, et que les doigts reviennent presque à leur position normale. Il est évident que sur le vivant l'appareil employé par M. Dupuytren amènerait une guérison complète (1).

La maladie qui vient d'être décrite ne s'observe pas seulement à la main, elle se montre également à la plante du pied. Nous connaissons une famille composée de trois personnes où elle existe à un haut degré. Les deux sœurs, âgées d'aujourd'hui trente-six ans, présentent cette infirmité au pied droit. Chez la première de ces dames, le siége du mal est à l'indicateur. La conformation angulaire de ce doigt frappe d'abord les yeux. La première et la seconde phalanges sont relevées à angle aigu, la dernière phalange est légèrement étendue. Lorsqu'on examine le pied par sa face plantaire, on aperçoit la corde qui maintient rapprochées les deux phalanges. Cette dame appuie sur l'extrémité du doigt, qui s'est élargie, allongé, ce qui tient à l'inclinaison de la dernière phalange. L'ongle ne présente rien de remarquable. La corde est superficielle, augmente par la tension, diminue beaucoup par la flexion. En la saisissant avec les doigts, on l'isole très bien des tendons. Les articulations sont parfaitement mobiles. La marche ne détermine aucune fatigue dans le pied ; jamais cette dame n'y a ressenti de douleur.

L'autre sœur, également âgée de trente-six ans (elles sont toutes deux jumelles), offre les mêmes phénomènes ; elle ne souffre aucunement de cette déformation. On ne remarque chez elle aucune tendance des autres doigts à être affectés du même vice de conformation.

Le frère, âgé de quarante-trois ans, a, comme ses deux

(1) Observation recueillie par M. Gazagnaire.

sœurs, une rétraction de l'aponévrose plantaire ; mais chez lui, le second doigt de chaque pied offre cette disposition : l'angle formé par le rapprochement des deux premières phalanges est plus aigu. La corde est très nettement tracée et représente une espèce de pont. Dans l'origine, M. M... marchait sur l'extrémité de ces doigts ; aussi a-t il été exempté de la conscription à cause de cette infirmité. Depuis plusieurs années la phalange s'est inclinée, et il appuie maintenant sur une base large et étendue.

Ces trois personnes font des promenades assez longues sans éprouver de lassitude, mais elles ont dans la démarche quelque chose d'embarrassé, d'un peu disgracieux. Ce vice de conformation existe de naissance (1).

La rétraction des orteils a quelquefois nécessité l'amputation; disons cependant que ces opérations de complaisance sont souvent suivies d'accidents graves.

Obs. VII. — *Rétraction du second orteil. — Amputation. — Guérison.* — Le 15 avril 1833 est entré à l'Hôtel-Dieu le nommé Cotte (Pierre), tanneur, âgé de trente-neuf ans. Depuis vingt-quatre ans à peu près, le second orteil de son pied gauche est rétracté de telle manière, que les deux dernières phalanges sont recourbées presqu'à angle droit sur la première. Il dit que, courant les pieds nus à l'âge de douze ans, il se heurta le pied contre une pierre et se fendit l'ongle de l'orteil aujourd'hui dévié ; que la douleur fut assez vive sur le moment, mais que pourtant elle ne l'empêcha pas de continuer sa course. Depuis ce moment, il vit son orteil se rétracter insensiblement. Il pouvait encore, dans les premières années, le ramener avec quelques efforts à sa position naturelle ; mais bientôt il lui fut absolument impossible de le redresser, et il finit par en être tellement incommodé, qu'il désira s'en faire débarrasser. Il entra donc à l'Hôtel-Dieu à cet effet, et fut opéré le 22 avril.

Jusque dans ces derniers temps on avait coutume, dans une semblable occasion, de faire la section des tendons et

(1) Observation recueillie par M. Brierre de Boismont.

celle de l'aponévrose de l'orteil, ou bien de pratiquer l'amputation dans l'articulation de l'orteil avec les os du métatarse. Ces opérations entraînaient souvent les accidents les plus graves, et la mort même en a été quelquefois la suite. M. Dupuytren, remarquant que dans de pareils cas il n'y avait jamais que les deux dernières phalanges qui fussent réellement bien courbées, et que la première était toujours un peu oblique, de manière à ne jamais venir heurter la semelle ou la partie supérieure de la chaussure, modifia l'opération en n'enlevant que les deux dernières phalanges. De cette manière, tout en remplissant le but que l'on se propose, on fait disparaître une partie des dangers que les procédés opératoires antérieurs faisaient courir au malade. Le malade fut donc opéré par cette nouvelle méthode; la phalange qui lui reste se trouve bien placée dans le rang des autres phalanges correspondantes; elle ne le gênera aucunement dans la progression.

Il n'a pas éprouvé le moindre accident après son opération; la petite plaie s'est très bien cicatrisée, et au bout de quelques jours il a été rendu à ses travaux.

ARTICLE XII.

DES BRULURES.

DE LEURS CAUSES, DE LEURS DIVERS DEGRÉS, DE LEURS COMPLICATIONS, DE LEURS CARACTÈRES ANATOMIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT. — MOYENS DE DIRIGER CONVENABLEMENT LA CICATRISATION DES PLAIES PRODUITES PAR LES BRULURES ET D'OBTENIR UNE BONNE CICATRICE.

Le sujet que nous avons à développer dans cet article est un de ceux que M. Dupuytren a traités avec le plus de soin. Mal définies dans leurs divers degrés, pas étudiées sous le rapport de leurs complications, inconnues dans leurs caractères anatomiques, livrées à l'empirisme ou abandonnées à une vieille routine pour la thérapeutique, les brûlures avaient à subir dans leur théorie pratique d'importantes réformes. Les doctrines de M. Dupuytren sur cette affection, sont aujourd'hui généralement adoptées. Depuis plusieurs années, il les a exposées dans une série de leçons que nous nous faisons un devoir de reproduire ici, en y joignant les considérations nouvelles que des cas récents lui ont suggérées depuis le commencement de l'année scolaire.

Chaque année, dit M. Dupuytren, mais surtout pendant les hivers rigoureux, et à l'époque où le froid se fait sentir avec énergie, le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu se peuple d'un nombre considérable d'individus affectés de brûlures plus ou moins graves. De vieilles femmes, couvertes de haillons, rentrent dans leurs greniers sales, étroits et sans cheminée, après avoir pris pour l'ordinaire une certaine dose de vin ou d'eau-de-vie, et placent sous elles ou sous les couvertures de leur lit des chaufferettes, des réchauds ou des

pots à feu remplis de braise ou de charbons allumés; la chaleur, les liqueurs alcooliques, la vapeur du charbon les assoupit ou les asphyxie; le feu se communique à leurs vêtements, et souvent, lorsque le feu les réveille, ou qu'on vient à leur secours, il a déjà fait de tels progrès que la surface entière du corps ne présente plus qu'une plaie. Des portiers, des domestiques, obligés de veiller tard, sont pris de sommeil dans des circonstances analogues, et éprouvent les mêmes accidents. Des vieillards, penchés contre un poêle dont ils embrassent les tuyaux avec leurs genoux, tombent dans une espèce de coma; les vêtements brûlent, et avec eux, la peau, les muscles, les aponévroses, jusqu'aux os. D'autres individus, pris de vin ou accablés de fatigue, s'endorment sur une chaise près d'un foyer ardent et y tombent. De malheureux épileptiques éprouvent un accès et sont précipités dans des brasiers ou dans des chaudières remplies d'eau ou de corps gras en ébullition, y restent un temps plus ou moins long et sont horriblement mutilés. Des enfants en bas âge, laissés imprudemment seuls pendant un certain temps, s'approchent de trop près d'un foyer ou d'une lumière, et sont dévorés par la flamme. Des tonneliers occupés dans les caves à visiter des pièces remplies de spiritueux, communiquent le feu, avec leurs lumières, aux gaz qui s'en échappent, et deviennent la proie d'une conflagration générale. Le gaz hydrogène sulfuré s'accumule dans des cabinets d'aisances mal tenus, peu visités, non aérés, et le premier qui s'y présente avec une chandelle allumée l'enflamme, ses vêtements sont brûlés, et avec eux une partie plus ou moins grande de son corps. Enfin, les tentatives de suicide par le charbon augmentent encore considérablement le nombre des brûlures: ordinairement les malheureux qu'un tel projet poursuit se placent près du réchaud fatal, ou mettent celui-ci près du lit, et lorsque les convulsions commencent, ils roulent sur des charbons ardents et se brûlent d'une manière affreuse. Que l'on joigne à toutes ces causes une multitude d'autres également accidentelles ou imprévues, comme les incendies, ou qui naissent de la profession qu'exer-

cent tant de classes d'ouvriers, tels que les forgerons, les fondeurs, les verriers, les brasseurs, etc., etc. et l'on ne sera pas surpris du nombre prodigieux de brûlures qui se présentent chaque année dans les hôpitaux de Paris et surtout à l'Hôtel-Dieu.

La lésion organique, appelée brûlure, ustion, combustion, etc., continue M. Dupuytren, est constamment l'effet de l'action du calorique concentré sur les tissus vivants. C'est à la nature de cette cause qu'elle doit les caractères qui lui sont propres, et qui ne permettent de la confondre avec aucune autre espèce de lésion. Ceux-ci sont toujours les mêmes, quelle que soit la partie du corps qu'elle affecte, et participent à la fois de la nature de l'inflammation, de celle des plaies, et de la désorganisation.

Mais ces effets de l'action du calorique présentent de très grandes différences sous le rapport de leur intensité ou de leur gravité, suivant qu'ils ont eu pour cause le rayonnement de la chaleur à des distances variables, ou l'action directe de la flamme que fournissent en brûlant un grand nombre de substances, ou enfin l'application immédiate des corps en ignition eux-mêmes.

Les lésions pathologiques résultant du rayonnement de la chaleur, sont plus ou moins graves en raison de l'intensité de celle-ci et de la durée de son action. Modérée, mais continue, elle épaissit considérablement l'épiderme, rend la peau dure, en émousse la sensibilité, et lui donne une couleur brunâtre plus ou moins foncée : tels sont ses effets sur les personnes habituellement exposées par leur profession à l'ardeur des rayons solaires, ou bien à de vastes foyers, comme les forgerons. On sait qu'il en est parmi ces derniers qui peuvent impunément, de leurs mains rudes et cornées, toucher et manier quelques instants le fer fortement chauffé ou même rougi. C'est aussi cette épaisseur, naturelle ou acquise, de l'épiderme, et l'obtuse sensibilité de la peau, qui confèrent aux hommes prétendus incombustibles, la faculté de supporter, à l'aide de certains prestiges, un degré de chaleur très considérable.

Plus intense, elle détermine sur la peau des plaques de nuances diverses, irrégulières, marbrées, des gerçures ou la rupture de l'épiderme; d'où résultent souvent des ulcérations difficiles à guérir: c'est ce qu'on observe sur la face antérieure des jambes des vieillards toujours assis près de foyers ardents, et sur les jambes et les cuisses des femmes qui font un usage habituel de chaufferettes ou de pots à feu découverts.

Enfin plus active encore, soit à cause de la quantité de calorique que lance le corps embrasé, ou du peu d'éloignement de ce dernier, elle peut donner lieu à tous les phénomènes qui caractérisent le premier et même le second degré de la brûlure. Nous avons vu des femmes, ajoute M. Dupuytren, qui, transies de froid, avaient mis sous elles des chaufferettes trop ardentes, avoir, au bout de quelques heures, la face postérieure et interne des cuisses toute couverte d'ampoules.

L'insolation produit quelquefois des brûlures graves, surtout dans les pays chauds. On rapporte plusieurs exemples d'individus qui, s'étant endormis en plein air, ont eu diverses parties du corps brûlées par l'ardeur des rayons solaires. Une violente inflammation avait été promptement suivie de la gangrène, et ils moururent du quatrième au cinquième jour.

Quant à la flamme, continue M. Dupuytren, non seulement elle brûle instantanément, à la manière des corps immédiatement appliqués sur les parties, mais encore elle entraîne facilement les substances animales à partager le mouvement de combustion dont elle est elle-même le produit. Soumises à son action, elles se dessèchent promptement bouillonnent en quelque sorte, se racornissent et se consument bientôt, en produisant une flamme nouvelle qui s'ajoute à la première, augmente son activité et étend ses ravages. On sait avec quelle prodigieuse rapidité les vêtements enflammés brûlent à de grandes profondeurs les parties qu'ils recouvrent; la lésion est souvent portée au dernier degré de gravité, et la mort en est le plus ordinairement la suite. Il n'es

même pas sans exemple de voir se consumer en peu d'heures les corps entiers d'individus frappés d'ivresse ou d'apoplexie, ou d'enfants en bas âge, qui ne peuvent s'y soustraire.

C'est à ce genre de causes qu'il faut rapporter, dit M. Dupuytren, les brûlures produites par la combustion de certains gaz, et en particulier du gaz hydrogène, par l'explosion des chaudières à vapeur et par la détonation de la poudre à canon. En général, ces gaz ne produisent que des brûlures superficielles, mais très étendues, parce qu'ils agissent instantanément sur de grandes surfaces. Cependant on en rencontre quelquefois qui pénètrent jusqu'au-delà du derme.

Le degré de la brûlure variera encore en raison des qualités physiques et chimiques des corps en ignition ou saturés de calorique, qui sont immédiatement appliqués aux parties vivantes, c'est-à-dire en raison de leur nature particulière, de leur densité, de leur capacité pour le principe de la chaleur, et de la facilité avec laquelle ils l'abandonnent. Ainsi, tous les liquides bouillants ne brûlent pas avec la même force, parce qu'ils ne bouillent pas tous à la même température. C'est pour cette raison que l'action comburante des corps gras, tels que le bouillon, l'huile, la graisse, le suif, etc., est bien plus énergique que celle de l'eau. Mais une autre cause de cette différence consiste en ce que les premiers, par leur nature, adhèrent à la peau, sur laquelle l'eau ne fait que glisser. S'il est vrai que les acides forts et les dissolutions alcalines concentrées, élevés au degré de l'ébullition, produisent des lésions beaucoup plus graves que d'autres liquides, il faut sans doute l'attribuer à ce que, devenus alors plus denses, ils ont acquis la faculté de se charger d'une plus grande quantité de calorique.

Les corps solides donnent lieu à des brûlures profondes si leur combustion est très rapide, comme l'est celle du phosphore, du soufre et des résines en général; dans le cas contraire, l'intensité de leurs effets est proportionnée à leur degré de chaleur, à la durée de leur contact, à l'impressionnabilité des tissus, etc. Toutes choses égales d'ailleurs, la brûlure est moins profonde quand elle a lieu sur des parties habituel-

lement en contact avec l'air extérieur, que lorsqu'elle affecte des parties toujours couvertes de vêtements et dont l'épiderme est très mince.

Il résulte de cet exposé, continue M. Dupuytren, que l'action du feu, suivant qu'elle est faible ou instantanée, forte ou prolongée, excessive ou très long-temps continuée, a pour effets généraux ou une simple irritation inflammatoire qui tend d'elle-même à la résolution, ou une inflammation qui doit nécessairement se terminer par suppuration, ou enfin la destruction complète des propriétés vitales et la mort des parties. C'est sous ce point de vue général que les auteurs ont envisagé ces lésions, pour les classifier et les diviser en un plus ou moins grand nombre de degrés. Ainsi, les uns, et entre autres Fabrice de Hilden et M. Boyer, comptent les trois degrés que nous venons d'indiquer; d'autres, tels que Heister et Callisen, en décrivent quatre; un écrivain de nos jours n'en admet que deux, et distingue toutes les brûlures en brûlures avec inflammation ou avec désorganisation immédiate.

Dans toutes ces divisions on n'a eu égard qu'à l'intensité des symptômes de la brûlure elle-même, considérés d'une manière générale, et on n'a point tenu compte de la nature des organes qui en sont le siége, des tissus atteints ou détruits. Il est évident néanmoins que la chaleur frappe toujours la peau la première, pour étendre ensuite ses effets à des profondeurs variables et successivement plus grandes; que c'est en raison directe de cette profondeur que se présentent les trois ordres de phénomènes que nous avons énumérés précédemment; et que par conséquent si l'on veut établir la classification des brûlures d'après des idées nettes et des principes exacts, on doit prendre pour base les différentes espèces d'organes qui ont été soumis à l'action du calorique.

C'est d'après ces considérations, continue M. Dupuytren, que depuis long-temps nous avons adopté une autre classification, et que nous avons divisé les brûlures en six degrés ainsi caractérisés : 1° érythème ou phlogose superficielle de

la peau sans formation de phlyctènes ; 2° inflammation cutanée avec décollement de l'épiderme et développement de vésicules remplies de sérosité ; 3° destruction d'une partie de l'épaisseur du corps papillaire ; 4° désorganisation de la totalité du derme jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané ; 5° réduction en escarres de toutes les parties superficielles et des muscles jusqu'à une distance plus ou moins considérable des os ; 6° carbonisation de la totalité de l'épaisseur de la partie brûlée.

Le premier degré est ordinairement produit par l'action du calorique rayonnant ou par l'impression de vapeurs brûlantes, ou enfin par l'application de corps plus ou moins pénétrés de chaleur. Les parties présentent alors une rougeur vive, non circonscrite, analogue à celle de l'érysipèle, que la pression du doigt fait disparaître momentanément ; le malade éprouve un sentiment de chaleur cuisante qui persiste pendant tout le temps que dure la maladie. Souvent au bout de quelques heures, toujours après un petit nombre de jours, la rougeur, la chaleur, la douleur, disparaissent, et la phlegmasie se termine par la desquamation de la partie.

Quelque légère que soit la brûlure à ce degré, il n'est pas rare, lorsqu'elle a atteint de larges surfaces, de voir le pouls s'élever, devenir fréquent, la langue rougir, et les phénomènes de l'irritation gastro-intestinale se développer. Lorsque la tête en est le siége, l'irritation peut se propager à l'encéphale, déterminer de l'insomnie, du délire, des mouvements convulsifs, du comâ, et même la mort.

Le deuxième degré reconnaît toujours une cause plus énergique ou dont l'action a duré plus long-temps que dans le cas précédent. Une douleur vive, âcre, brûlante, se fait sentir, et quelquefois en même temps, mais le plus souvent au bout de quelques heures, il se forme sur la surface brûlée une ou plusieurs phlyctènes qui se remplissent d'une sérosité claire et limpide : la douleur devient alors tensive. Les phlyctènes se déchirent ou on les perce ; la sérosité s'écoule ; l'épiderme détaché se dessèche, et, quelques jours après, tombe par lambeaux ou par desquamation, laissant

voir le corps muqueux recouvert par un épiderme de nouvelle formation, encore rougeâtre, mince et léger.

Quelquefois l'épiderme, au lieu de former des vésicules, est primitivement déchiré et détaché du corps muqueux qui reste à nu. Les douleurs les plus vives sont le résultat de cet accident, qui est toujours suivi d'une légère suppuration. Mais enfin la surface dénudée se dessèche, et bientôt il n'y reste plus qu'une rougeur qui finit elle-même par disparaître, au point de ne laisser après elle aucune trace.

La cautérisation du corps muqueux et de la surface papillaire du derme, qui constitue le troisième degré des lésions qui nous occupent, est annoncée par la présence de taches grises, jaunes ou brunes, minces, souples, insensibles à un toucher doux, mais sous lesquelles, en appuyant davantage, se développe une douleur plus ou moins vive. Elles sont fournies par le corps muqueux privé de la vie. Les phlyctènes qui recouvrent souvent les points désorganisés à ce degré, contiennent ordinairement une sérosité brunâtre, lactescente, ou fortement colorée par le sang; et cet aspect devient, dès le premier abord, un moyen utile de diagnostic. Dans ces cas, tantôt l'escarre se détache en masse à l'époque ordinaire, tantôt elle tombe par parcelles de manière à laisser voir sur les endroits que recouvraient les phlyctènes, des ulcérations plus ou moins étendues, mais superficielles, dont les cicatrices, sans être bridées, resteront cependant presque toujours apparentes, à cause de la couche blanche, dense et luisante, qui remplace la surface détruite de l'enveloppe cutanée.

C'est à ce degré qu'appartiennent la plupart des brûlures faites par la poudre à canon, dont les escarres sont colorées en noir par l'impression des matières qui la composent, et, par cela même, faciles à distinguer de celles que produisent d'autres causes.

Sous quelque forme que se soit d'abord présentée cette brûlure, au bout de quelques jours, les douleurs qui s'étaient calmées après les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures, se réveillent avec vivacité; une inflammation

éliminatoire se développe, l'escarre se cerne, se détache et tombe, et bientôt la plaie se dessèche en laissant après elle la cicatrice d'un blanc mat dont nous avons parlé.

C'est ici le lieu d'établir en principe que, dans toutes les brûlures, la douleur est toujours vive, mais qu'elle est bien plus intense lorsque la peau n'est brûlée qu'à sa surface que lorsqu'elle est détruite profondément; et ce fait est fort important pour le pronostic.

Lorsqu'un corps en ignition est resté appliqué pendant un temps considérable sur les parties, une vive douleur en est l'effet; mais cette douleur cesse aussitôt que la cause de la brûlure est enlevée. L'épiderme, le corps muqueux, toute l'épaisseur de la peau, et quelquefois aussi une légère couche superficielle du tissu cellulaire sous-cutané, sont frappés de mort et réduits en une escarre profonde, jaunâtre ou noirâtre, sèche, insensible au toucher, d'autant plus dure et tendue que sa couleur offre une teinte plus foncée. La peau saine qui la borde est froncée et comme grippée; les plis rayonnés qu'elle forme autour de la partie brûlée indiquent le degré de racornissement que celle-ci a subi. Au bout de trois ou quatre jours, les douleurs s'éveillent, un cercle inflammatoire se forme autour de l'escarre, dont l'élimination a lieu, en général, du quinzième au vingtième jour; la plaie répond, par son fond, au tissu cellulaire sous-cutané; la suppuration qu'elle fournit est très abondante; les bourgeons charnus végètent avec vigueur. Tels sont les caractères de la brûlure au quatrième degré.

Mais ici se fait remarquer un phénomène qui n'est propre, pour ainsi dire, qu'aux brûlures, et qu'aucun autre genre de plaie avec perte de substance n'offre à un degré comparable : c'est la force avec laquelle la circonférence de la plaie est attirée vers le centre. Quel que soit l'éloignement des bords, ils tendent incessamment à se mettre en contact. C'est cette tendance de la puissance organique qui cause tous les modes vicieux de cicatrisation qui entraînent fréquemment, outre des diff rmités repoussantes, l'impotence ou l'inutilité des parties qui en sont le siége, mais auxquels on

peut presque toujours s'opposer par un traitement bien dirigé. Ces résultats n'ont jamais lieu quand la brûlure affecte la partie postérieure du tronc, parce que les mouvements de flexion, qui sont les plus naturels, s'opposent à ce que la cicatrice se fasse par rapprochement. La même observation est applicable aux membres, suivant le siége qu'elle occupe.

Les brûlures du cinquième degré ne diffèrent guère des précédentes qu'en ce qu'elles atteignent des parties situées plus profondément, et peuvent être suivies d'accidents extrêmement graves. Les escarres qui comprennent des aponévroses, des muscles, des tendons, et dans l'épaisseur desquelles on rencontre quelquefois des vaisseaux et des nerfs qui ont résisté à l'action désorganisatrice du feu, sont sonores, noires, friables, déprimées, et mettent beaucoup plus de temps à se détacher. Molles ou occasionnées par des liquides bouillants, elles présentent une masse grisâtre, insensible, que le doigt affaisse sans y développer de la douleur. La suppuration est beaucoup plus abondante, et la cicatrice dans laquelle les organes moteurs eux-mêmes ont été compromis, reste informe, adhérente, et laisse des pertes de mouvement irrémédiables.

Les caractères qui distingueut le sixième degré sont des plus faciles à reconnaître. Le membre est alors carbonisé à sa surface, dur, insensible, sonore à la percussion, facile à se rompre sous les efforts qui tendent à le ployer, et l'escarre, en se détachant, laisse après sa chute un moignon plus ou moins irrégulier, selon que le feu a atteint les divers éléments organiques à des hauteurs différentes. MM. Roche, Sanson et Bégin citent, dans leurs excellents ouvrages, l'exemple d'un jeune homme qui, en parcourant une fonderie, posa son pied dans la rigole par laquelle le métal en fusion allait passer; il est atteint par la fonte, et ne retire de ce ruisseau de feu qu'un membre auquel manquaient le pied et la partie inférieure de la jambe. Il n'avait presque pas ressenti de douleur, et ne s'aperçut point d'abord de l'horrible mutilation qu'il venait d'éprouver.

La combustion spontanée, dit M. Dupuytren, peut aussi

être considérée comme appartenant au sixième degré de la brûlure, sous le point de vue des lésions anatomiques.

Bien des auteurs attribuent la combustion spontanée à une combinaison de l'alcool avec les tissus vivants. De ce que la plupart des individus qui succombent à cet accident étaient plus ou moins adonnés à l'usage des boissons spiritueuses, ils en concluent que cette substance rendant les tissus plus inflammables, détermine la combustion. Que celle-ci soit plus ou moins spontanée, qu'elle prenne naissance dans le sujet lui-même et hors de toute cause extérieure, ou qu'elle soit produite par le voisinage et le contact de quelque corps comburant, toujours est-il, suivant eux, que l'alcool combiné avec les tissus doit être regardé comme la cause déterminante de la combustion.

Sans nier que la plupart des individus spontanément comburés ne fussent pour l'ordinaire adonnés à l'usage des liqueurs alcoolisées, M. Dupuytren nie formellement que l'alcool, en ce qui est au moins de sa combinaison avec les tissus, entre pour rien dans l'événement. Voici les raisons sur lesquelles il s'appuie pour combattre l'opinion des auteurs.

On a nié qu'une combustion autre que la combustion spontanée pût consumer un corps complétement en une seule nuit. Comme vous, dit M. Dupuytren, j'ai passé ma jeunesse dans les amphithéâtres, et plus peut-être que la plupart d'entre vous; j'ai consumé mon temps dans les dissections; mais, il y a trente ans, les cadavres n'abondaient pas comme à votre époque; on avait beaucoup de peine à s'en procurer; il fallait les dérober dans les cimetières, et la difficulté était plus grande encore pour y rapporter les débris. Aussi préférait-on les faire disparaître, et le plus souvent on les livrait aux flammes. Pour cette opération, des fagots étaient amassés dans la cheminée; les restes de deux, trois ou quatre corps étaient placés au-dessus, le feu y était mis le soir, et le lendemain matin tout était consumé. Nous avions pris soin de placer au-dessous les parties chargées de graisse, et la combustion était d'autant plus rapide, d'autant plus active, que

la matière graisseuse était plus abondante. Mais toujours la nuit suffisait à l'entière combustion.

Cette observation pratique sur le plus grand degré d'inflammabilité des parties graisseuses acquiert une nouvelle certitude par la lecture attentive des observations de combustion spontanée que l'on a publiées. Je ne connais pas d'exemple de combustion spontanée chez un individu maigre et sec ; tous les sujets, sans exception, que la flamme a dévorés, étaient extrêmement gras. Il y a vingt ans que j'ai été appelé, rue Saint-Thomas-du-Louvre, pour un cas de ce genre ; j'y reviendrai ; il me suffit de dire ici que la femme qui en avait été la victime était d'un excessif embonpoint.

Si maintenant on porte son attention sur les phénomènes qui se manifestent à la suite d'une combustion spontanée, si l'on veut bien noter que la chambre dans laquelle elle a eu lieu est trouvée pleine de vapeurs épaisses, les murs recouverts de matières noires carbonisées, qu'ordinairement des ruisseaux de graisse couvrent le sol, et, avec quelques cendres, et parfois quelques fragments osseux, forment les seuls débris d'un corps naguère organisé, notre remarque obtiendra une nouvelle créance.

Voilà ce qu'on observe ; voici l'explication qu'on peut, selon M. Dupuytren, donner de ces phénomènes ; voici comment les faits doivent se passer le plus souvent.

Une femme (c'est parmi les femmes que cet accident a été le plus souvent observé) rentre chez elle après avoir pris une dose un peu forte de liqueurs spiritueuses ; il fait froid, et pour résister à la rigueur de la saison, un peu de feu est allumé ; on s'assied sur une chaise, une chaufferette placée sous les pieds. Au coma produit par les liqueurs spiritueuses vient se joindre l'asphyxie produite par le charbon ; le feu prend aux vêtements ; dans cet état, la douleur se tait, le sujet est dans une complète insensibilité ; le feu gagne, les vêtements s'enflamment et se consument, la peau brûle, l'épiderme carbonisé se crevasse, la graisse fond et coule au-dehors ; une partie ruisselle sur le parquet, le reste sert à entretenir la combustion, le jour arrive, et tout est consumé.

Voilà comment l'alcool a été cause occasionnelle de la combustion ; c'est en produisant le coma, et non par un prétendu amalgame avec nos tissus qu'il agit.

Pour ce qui est de la combustion elle-même, outre que l'exacte observation atteste qu'elle n'est jamais spontanée, et que toujours on a dû l'attribuer au contact d'un corps comburant, voici une observation qui tend encore à prouver qu'elle ne peut avoir lieu spontanément.

Il n'est personne d'entre vous qui, dans les chaleurs, n'ait observé le phénomène que je vais signaler. Quand la putréfaction est avancée, que les corps ont pris cette couleur livide et bleuâtre qui la caractérise, et qu'on entre le soir dans les amphithéâtres, on est frappé d'une lueur phosphorescente qui entoure et recouvre les cadavres, analogue à la phosphorescence qué l'on remarque quelquefois sur la mer dans les chaleurs de l'été. La plupart de ces corps appartenaient à des individus qui ne se faisaient pas faute de liqueurs alcoolisées ; une *auréole* de combustion les entoure, et cependant jamais on n'a cité, jamais on n'a observé dans ce cas de combustion spontanée.

Ce qu'il vient d'avancer d'une manière générale sur la théorie de la combustion spontanée, l'expérience en a prouvé la justesse à M. Dupuytren dans plusieurs faits qu'il a observés, et entre autres chez cette vieille femme de la rue Saint-Thomas-du-Louvre dont nous avons déjà parlé.

Cette malheureuse, d'un embonpoint excessif, rentra chez elle le soir assez tard, après avoir pris une forte dose de boisson spiritueuse. Il faisait froid, elle s'assit en rentrant sur une chaise au milieu de la chambre; le sommeil sans doute s'empara d'elle, mais un sommeil profond, un véritable coma dû à l'action de l'alcool, mais une asphyxie déterminée par la vapeur du charbon ; le feu prit à quelque partie de ses vêtements, il gagna, et elle fut consumée. Une fumée épaisse dans toute la partie supérieure de la chambre, des ruisseaux de graisse sur le sol, la chaufferette, quelques débris de la chaise et un peu de cendres, voilà tout ce que

nous trouvâmes le matin à notre arrivée ; tout me convainquit que le fait s'était passé tel que je l'ai décrit ; tout, depuis lors, m'a convaincu de la fausseté de l'opinion des auteurs sur l'influence de l'alcool comme identifié avec nos tissus dans la combustion dite spontanée, tout m'a convaincu qu'il n'agit que comme stupéfiant, que l'asphyxie due au charbon et le coma, par l'insensibilité qu'ils déterminent, sont les causes véritables d'une combustion qui toujours est communiquée, qui jamais ne survient spontanément, et que la graisse entre dans l'événement comme cause directe, comme aliment à la combustion.

Nous venons d'exposer la théorie sur les brûlures admise et développée par M. Dupuytren. et qui est aujourd'hui généralement adoptée. Cette classification diffère essentiellement de celles qui avaient été proposées jusqu'ici, en ce qu'elle distingue les nuances de désorganisation de la peau et des parties sous-jacentes, que la plupart des auteurs avaient confondues dans leur troisième ou quatrième catégorie ; en ce que les six degrés sont établis, ainsi que nous l'avons dit plus haut, d'après la profondeur des altérations éprouvées par les tissus vivants ; en ce qu'enfin chacun d'eux est reconnaissable à des phénomènes propres qu'il est si important de bien distinguer dans la pratique.

Cependant il ne faudrait pas croire, ajoute M. Dupuytren, qu'on ne rencontre dans ces divers degrés de la brûlure que le groupe de phénomènes qui est propre à chacun d'eux. Rarement, au contraire, ils se trouvent seuls, et au-delà du simple érythème, ils peuvent se compliquer depuis le plus considérable jusqu'au plus faible. Ainsi, du point où l'escarre est le plus profonde, où même elle peut s'étendre aux os et à la totalité de l'épaisseur d'une partie, elle devient graduellement superficielle, jusqu'à ce qu'enfin elle ne comprenne que le corps muqueux et l'épiderme ; les escarres principales sont souvent entourées d'escarres plus légères ; souvent encore entre les parties désorganisées ou à leur voisinage n'existent que des phlyctènes plus ou moins volumineuses, et au-delà de celle-ci, aussi bien que dans les inter-

valles laissés libres par les lésions plus profondes, on ne voit que la rougeur érythémateuse du premier degré. Enfin, dans les brûlures générales, on trouve ordinairement tous les degrés sur différentes régions du corps.

Il est encore à remarquer, continue M. Dupuytren, que les caractères de ces degrés d'altérations organiques produites par les brûlures, quoique bien tranchés, sont néanmoins, dans beaucoup de cas, difficiles à distinguer aussitôt après l'accident. En même temps que le calorique a désorganisé les parties sur lesquelles son action s'est exercée avec le plus de violence, il a toujours porté une telle atteinte aux couches de tissus immédiatement sous-jacentes, que, sans être entièrement privées de la vie, elles ne pourront supporter le mouvement inflammatoire qui doit s'y développer, et qu'elles seront consécutivement frappées de mort. Il résulte de là que la plupart des brûlures se montrent, après la chute des escarres, et plus profondes et plus larges qu'on ne l'avait cru dès le premier abord. De ces faits nous devons déduire une conséquence très importante en médecine légale : c'est que, dans les brûlures du troisième degré et au-delà, il convient presque toujours d'attendre, pour porter un jugement sur leur gravité, que les escarres ayant commencé à se détacher, l'étendue du désordre soit enfin fixée.

Suivons maintenant M. Dupuytren dans l'examen des phénomènes variés que l'on observe pendant le cours de ces maladies. Chacun des divers degrés que nous avons établis, dit-il, selon qu'il occupe un espace peu étendu ou une grande surface, peut, à raison de diverses circonstances, avoir la marche d'une affection purement locale, ou déterminer des accidents généraux qui compromettent plus ou moins la vie des malades. Ceux-ci sont le résultat immédiat d'une irritation générale déterminée par l'action du calorique, ou les effets secondaires des périodes de réaction inflammatoire, de suppuration et d'épuisement qui se succèdent dans le cours des brûlures, et ils ont été par cela même divisés en accidents primitifs et consécutifs. Occupons-nous successivement des uns et des autres.

La douleur immédiate et toujours vive qui accompagne nécessairement l'action d'une chaleur concentrée sur les parties animales, peut être portée à un tel degré d'intensité que la mort en soit le résultat instantané. Nous en avons vu quelques exemples. Le système nerveux encéphalique est alors le siége d'une violente irritation. On observe la plupart des phénomènes de congestion et d'engorgement de presque tous les organes des grandes cavités. Cette terminaison si prompte a lieu surtout chez les enfants et les femmes nerveuses, plus rarement chez les adultes, et presque jamais chez les vieillards. Elle ne peut être attribuée ni à l'inflammation ni à une autre maladie que la brûlure aurait pu aggraver : c'est *une mort par excès de douleur*. M. Dupuytren croit qu'une trop grande perte de sensibilité peut tuer, comme une trop grande perte de sang dans les hémorrhagies. Le malade se trouve dans une alternative terrible d'excitation ou d'affaissement, et c'est ordinairement dans ce dernier état qu'il expire.

Mais si l'irritation de l'enveloppe cutanée, qui se réfléchit sur le système nerveux et par suite sur l'appareil circulatoire, n'est pas assez intense pour occasionner immédiatement la mort, d'autres phénomènes se présentent : tantôt on voit se développer une agitation excessive, l'insomnie, des spasmes, des convulsions, une fièvre intense ; tantôt les malades tombent dans un état profond de stupeur et d'affaissement ; le pouls est petit, rapide, la peau froide et pâle dans les régions qui n'ont point été atteintes par le feu ; la respiration s'exécute avec lenteur ; les membres sont immobiles et abandonnés à leur propre poids ; les questions restent sans réponse, ou n'en provoquent que de lentes et imparfaites. Cette sorte d'anéantissement se termine le plus ordinairement par une mort prompte, et quelquefois par une réaction générale.

Lorsque la brûlure est superficielle et ne dépasse pas le second degré ; si elle occupe une surface un peu étendue, mais surtout si le sujet est doué d'une irritabilité particulière, on n'observe pas les symptômes formidables que nous

venons d'énumérer, mais il se fait une réaction générale assez analogue aux phénomènes de l'érysipèle : le pouls devient fréquent, fort, la peau chaude, et l'irritation des voies digestives se décèle par la rougeur et la sécheresse de la langue, la soif, des nausées ou des vomissements, l'inappétence, etc. Ces symptômes cèdent en général promptement aux moyens appropriés.

Dans beaucoup de cas de brûlures profondes, portées aux troisième et quatrième degrés, aucun accident notable ne se manifeste pendant l'intervalle qui sépare le moment de l'accident de celui où commence le travail éliminatoire. Mais à cette époque, qui arrive ordinairement le quatrième jour, l'inflammation développe des douleurs d'autant plus vives que la lésion occupe des parties où le derme est plus serré et plus abondamment pourvu de vaisseaux sanguins et de nerfs. Si elle affecte de grandes surfaces, on voit encore survenir tous les symptômes d'irritation nerveuse et gastrique que nous avons indiqués pour la brûlure au second degré, mais avec une intensité beaucoup plus grande, et portée quelquefois à un tel point que la mort en est la suite,

Nous avons remarqué que les blessés présentaient assez souvent alors une oppression très forte et une grande difficulté de respirer. Ces phénomènes dépendent de l'atteinte profonde qu'ont éprouvée d'abord les appareils de la circulation et de la respiration, et du développement secondaire d'une irritation bronchique intense, ou d'un engouement pulmonaire considérable.

Mais ce n'est pas tout. Les malades assez heureux pour échapper à tous ces accidents, ont encore plusieurs autres dangers à traverser. Toutes les fois que les brûlures sont très larges et très profondes, et que, par conséquent, après la chute des escarres, elles donnent lieu à des plaies fort étendues, souvent l'abondance et la longue durée de la suppuration épuisent graduellement les forces, provoqnent un amaigrissement de plus en plus profond, et enfin un marasme incurable. Cette période de suppuration et d'épuisement est, dans les brûlures, caractérisée par des phénomènes sem-

blables à ceux qui accompagnent les dernières époques de toutes les maladies chroniques.

Au nombre des plus graves complications de la brûlure, il faut compter l'apparition de l'érysipèle et surtout du phlegmon diffus. Tous les phénomènes qui caractérisent cette fâcheuse maladie viennent se joindre aux symptômes déjà plus ou moins graves de la lésion primitive; et si l'on ne parvient à en arrêter la marche, des foyers purulents se forment, le pus fuse à travers le tissu cellulaire dans les interstices des organes; il en résulte de vastes décollements de la peau, une suppuration excessivement abondante, et l'amputation, seul moyen de salut, n'offre généralement que des chances de succès fort douteuses.

Il résulte donc de ces faits qu'à l'occasion de brûlures trop étendues ou trop profondes pour ne déterminer que des accidents locaux, la vie des malades peut être successivement menacée à quatre époques différentes, que M. Dupuytren désigne par les noms de période d'irritation, période d'inflammation, période de suppuration et période d'épuisement.

En comparant les doctrines que nous venons d'exposer sommairement, d'après M. Dupuytren, avec les écrits de tant d'auteurs qui l'ont précédé, le lecteur pourra mieux apprécier encore les nombreuses et importantes améliorations que le savant professeur a introduites dans cette partie si intéressante de la pathologie chirurgicale. Son esprit, éminemment observateur, ne devait pas se borner là; il lui appartenait encore, après avoir reconnu les rapports de sympathie qui unissent les tissus extérieurs aux organes des grandes cavités, de définir la nature des lésions que ceux-ci éprouvent consécutivement, et d'expliquer ainsi la cause de ces accidents généraux qui emportent la plupart des malades. Ses nombreuses recherches nécroscopiques ont jeté le plus grand jour sur ce sujet.

Ainsi, il a été démontré par l'ouverture des cadavres, que lorsque l'individu a péri dans une conflagration générale, au milieu des flammes ou quelques instants après en avoir été retiré, l'inflammation n'a pas eu le temps de se développer

sur le canal digestif, mais on y trouve les preuves d'une violente congestion, d'un afflux considérable. Non seulement la membrane muqueuse présente des plaques rouges plus ou moins étendues et d'une teinte très vive, non seulement elle est injectée et comme gorgée de sang, mais sa cavité contient encore une certaine quantité de ce liquide, qui y est parvenu par voie d'exhalation. Le cerveau est fortement injecté de sang; la sérosité des ventricules a acquis une teinte rougeâtre, qu'on retrouve souvent aussi dans celle qui humecte les cavités des plèvres, du péricarde et du péritoine. Les bronches contiennent également une mucosité sanguinolente; leur membrane muqueuse est, en divers points, d'un rouge vif et parsemée d'injections capillaires. Il semble que le sang, repoussé vers l'intérieur par une irritation aussi générale et aussi soudaine, ait fait effort, sous l'influence de la stimulation excessive du cœur et de l'appareil vasculaire, pour s'échapper à travers toutes les porosités libres des surfaces internes.

Si quelques jours se sont écoulés depuis l'accident; si les sujets, après avoir résisté à la première impression du feu, succombent du troisième au huitième jour, à la seconde période, à la violence de la réaction inflammatoire, après avoir présenté pendant la vie tous les phénomènes d'une vive irritation des viscères, on trouve, à l'ouverture des cadavres, tous les signes de la gastro-entérite la mieux caractérisée, et ordinairement accompagnée d'altérations inflammatoires de l'encéphale et des poumons. Ces derniers organes sont souvent affectés de phlogoses latentes, déjà si bien décrites par Stoll, et d'autant plus fâcheuses, que, dans leur principe, elles échappent aux recherches du médecin. Enfin si le sujet n'a succombé qu'à une époque beaucoup plus éloignée, pendant le cours de la période de suppuration et d'épuisement, on trouve dans les viscères, et surtout dans le canal digestif, des altérations profondes qui attestent la longue inflammation dont ils ont été affectés; la muqueuse est parsemée de plaques d'un rouge plus ou moins vif, ou plus ou moins foncé, d'ulcérations plus ou moins profondes; les

ganglions mésentériques sont généralement engorgés, etc.

D'après tous les développements dans lesquels nous sommes entrés, il vous est déjà facile de comprendre, dit M. Dupuytren, sur quelles bases doit être fondé le pronostic des lésions qui nous occupent. Il est évident qu'il doit être déduit de leur étendue en largeur, de leur profondeur, de leur siége, de la nature de la cause qui les a produites, de l'âge, de la constitution et du tempérament du sujet. Ainsi, une brûlure occasionnée par un caustique vénéneux, susceptible d'être absorbé, est plus grave que celle déterminée par toute autre cause. Les sujets vigoureux, sanguins et jeunes, sont plus exposés que d'autres aux accidents qui peuvent résulter d'un excès d'inflammation. Une brûlure, même superficielle, qui attaque une partie ou un organe d'une texture délicate, sera plus fâcheuse que celle qui a son siége dans une partie moins importante ou qui peut plus facilement résister, soit à cause de sa structure naturelle, soit à cause d'une disposition acquise par le travail ou l'habitude. La vésication, la rubéfaction et la brûlure au troisième degré ne laissent après elles que des traces nulles ou peu apparentes; tandis que celles au quatrième degré, qui comprennent toute l'épaisseur de la peau, abandonnées à elles-mêmes, donneront lieu à des cicatrices difformes, à des adhérences vicieuses, surtout si elles occupent les yeux, la face, le cou, les mains, les pieds, etc., parce qu'elles présentent au plus haut point connu, ainsi que nous l'avons déjà dit, la tendance qu'ont toutes les solutions de continuité des téguments à se rétrécir et à se fermer par le rapprochement de leurs bords. Aussi voit-on souvent les doigts renversés sur le dos du carpe et confondus avec lui; la main tout entière fixée sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras; le pied, contourné diversement, ne former qu'une masse informe, adhérente à la jambe; la tête violemment tirée contre l'épaule, la nuque collée au dos, le menton attaché au sternum, les oreilles appliquées à la surface correspondante de la tête, etc., etc.

Les désordres qu'entraîne la brûlure au cinquième degré sont en général très fâcheux, et on le conçoit aisément quand

on examine le nombre et les usages des organes qu'elle affecte. Par la destruction des tendons et des muscles, le membre perd l'usage de ses fonctions; par l'épaisseur des tissus qu'elle a désorganisés, une suppuration excessive s'ensuit et menace les malades d'épuisement; en mettant les surfaces osseuses en contact avec l'air extérieur, elle expose celles-ci à la mortification; en ouvrant les capsules synoviales des articulations, elle donne lieu à l'inflammation de ces cavités; et s'il s'agit d'articulation du premier ordre, la chance la plus favorable que puissent courir les malades est une guérison par ankylose ou l'amputation du membre.

Vous avez actuellement sous les yeux, dit M. Dupuytren, un malade qui est placé dans cette alternative.

Obs. I. — *Brûlure du genou au cinquième degré. — Lésion et suppuration abondante de l'articulation.* — Cet individu, qui exerce la profession de cordonnier, portait, lors de son arrivée à l'hôpital, le 29 février 1829, à la face interne du genou gauche, une escarre noirâtre, dure, sonore, insensible, de la grandeur de la paume de la main, et paraissant très profonde.

Cet homme prétendait qu'il s'était renversé sur la partie une marmite d'eau bouillante. Il était trop facile de reconnaître au premier abord toute l'invraisemblance de cette assertion pour qu'on pût y ajouter foi. Si telle en avait été la cause, la brûlure n'aurait pas été ainsi circonscrite; le liquide, en se répandant, aurait laissé des traces de son action sur une surface plus ou moins considérable; on en trouverait encore sur différents points de la jambe, et peut-être aussi du pied. Par quels motifs cet homme cachait-il ainsi la vérité? C'est ce que nous ignorons. Ce n'est qu'après des questions multipliées que nous pûmes savoir qu'étant assis, il s'endormit en embrassant étroitement avec ses genoux une marmite de terre pleine d'eau bouillante. Il est probable qu'il était ivre, et, dans cet état, il n'aura été réveillé par la douleur que lorsque le genou était déjà profondément brûlé. Il est à remarquer que le vêtement interposé entre la partie et le vase est resté parfaitement intact. Ce cas doit donc être

mis, sous le rapport de sa cause, au nombre des brûlures produites, non par l'application immédiate d'un corps en ignition, mais d'un corps fortement saturé de calorique.

L'escarre étant tombée, on reconnut qu'elle s'étendait jusqu'à la rotule et jusque dans l'intérieur de l'articulation. Vous avez vu, en effet, survenir une suppuration abondante de matière grisâtre, grumeleuse, fétide, et un écoulement de pus mélangé à une certaine quantité de liquide synovial. Cependant vous aurez été frappés de l'amélioration qui s'est faite dans l'état général et dans les parties lésées. La suppuration avait beaucoup diminué; le malade n'était plus aussi abattu. Mais cette amélioration ne s'est pas soutenue, et nous vous l'avions annoncé. Le malade s'affaiblit de plus en plus : nous conservons un faible espoir d'obtenir la guérison par ankylose de l'articulation; mais il est plus probable qu'il périra par suite de l'inflammation et de la suppuration de cette cavité, l'amputation nous paraissant à peu près impraticable. Enfin cette opération est le résultat inévitable de la brûlure au sixième degré.

La brûlure au premier degré qui offre une grande étendue détermine souvent la mort au moment même de l'accident ou peu d'heures après ; nous en citerons des exemples. Mais après les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures, la résolution commence à s'opérer, et le danger est passé. Lorsque le corps comburant était très chaud, et que son application a été très rapide, il peut déterminer une sorte de tuméfaction de l'épiderme ; si elle occupe une vaste surface, elle constitue une brûlure extrêmement grave. C'est ce qui arrive quelquefois dans un bain trop chaud. La mère d'un poëte de nos jours a succombé, il y a près de deux ans, à un accident de ce genre.

Dans la brûlure au second degré, on a à redouter les mêmes accidents ; mais, en outre, l'inflammation des organes internes est plus imminente, le danger de la voir se développer dure plus long-temps, et ne cesse que lorsque la dessiccation commence à s'opérer. Nous devons rappeler ici un fait important qu'on ne doit jamais perdre de vue lors-

qu'il s'agit de porter son jugement sur les suites probables de la brûlure : c'est que, dans tous les cas, les femmes et les enfants, les sujets nerveux et irritables supportent moins les douleurs inséparables de ces lésions que les individus à sensibilité obtuse et à système sanguin, que les adultes et les vieillards.

Dans le troisième degré, les causes de douleur et d'irritation se succédant depuis le moment de la production de la maladie jusqu'à sa terminaison, non seulement les malades sont exposés à tous les dangers que présentent les deux premiers degrés, mais encore à tous ceux qui peuvent naître de la période d'inflammation éliminatoire : dans le premier cas, à une mort prompte, causée par un excès d'irritation générale, à une gastro-entérite primitive, aux accidents nerveux, tels que le tétanos, les spasmes, les convulsions; dans le second, aux mêmes phénomènes et à tous les symptômes d'une violente inflammation gastro-intestinale secondaire. Du reste, plus elle est étendue, plus elle est grave; et lorsqu'elle affecte une grande surface cutanée, deux ou trois pieds carrés, par exemple, elle devient le plus souvent mortelle à l'époque de l'inflammation éliminatoire des escarres ou de l'établissement de la suppuration; mais la formation de la cicatrice n'entraîne avec elle aucun des inconvénients qui signalent les degrés suivants.

Dans la brûlure du quatrième degré et au-delà, l'irritation et la douleur ne persistent qu'autant que la cause agit, mais les sujets peuvent périr pendant ce temps. S'ils résistent, tantôt ils sont plongés dans un état complet de stupeur; un froid glacial les saisit, et ils succombent quelques heures après l'accident; tantôt la vie se ranime, et ils sont emportés du cinquième au neuvième jour par la réaction inflammatoire; tantôt, enfin, l'abondance excessive de la suppuration, la longueur de la maladie, l'invasion de la pourriture d'hôpital ou d'une fièvre de mauvais caractère, les conduisent à l'épuisement et à la mort. La brûlure au cinquième degré, lors même qu'elle est très circonscrite, offre toujours un danger réel en raison de la réaction qui survient inévita-

blement. Mais ce qui ajoute beaucoup à la gravité du cas, ce sont les brûlures à presque tous les degrés qui l'avoisinent ordinairement, et excitent dans toute l'économie un trouble auquel souvent on ne peut remédier : une fièvre ardente s'allume ; la diarrhée, la rougeur de la langue, les vomissements, indiquent bientôt une phlogose gastro-intestinale.

La brûlure offre aussi des chances diverses, suivant les organes qu'elle affecte. Si elle a attaqué, par exemple, les organes de la vue, et que le mal ne dépasse pas la conjonctive, une vive ophthalmie survient, parcourt ses périodes, et se termine, dans beaucoup de cas, en laissant des taies sur cette membrane. Mais si elle est plus profonde, la cornée peut perdre toute sa transparence, l'œil lui-même être entièrement désorganisé, soit primitivement, soit consécutivement. Lorsque la cornée conserve de la transparence sur quelques points, ajoute M. Dupuytren, on peut rendre la vue au malade en pratiquant des pupilles artificielles, ainsi que nous l'avons fait en 1811, sur un homme qui avait eu les yeux brûlés par la poudre à canon.

Nous devons maintenant rapporter quelques exemples des faits nombreux exposés jusqu'ici : ils justifieront les principes qui en ont été déduits.

Obs. II. — *Brûlures aux cinquième et sixième degrés, de toute la surface du corps par les vêtements enflammés,* — *Mort.* — *Autopsie.* — Un enfant de trois ans et demi, nommé Leroy, bien développé, fut apporté à l'Hôtel-Dieu au mois de mars 1831, vers les huit heures du soir, après avoir été arraché d'une chambre que l'incendie dévorait. Sa mère, qui était blanchisseuse, alluma un grand feu pour sécher son linge, plaça l'enfant près du foyer, le laissa seul, et sortit pour faire quelques courses. Le feu ayant pris à ses vêtements, il est probable que le petit malheureux l'aura communiqué au linge en courant, et qu'il se sera trouvé bientôt environné de toutes parts pár l'incendie. Il poussait des cris horribles. On accourut ; il fallut enfoncer la porte pour arriver jusqu'à lui. La personne qui avait ex-

posé ses jours pour le sauver l'apporta elle-même à l'hôpital. Il nous présenta un spectacle douloureux : il était brûlé de la tête aux pieds, et il ne lui restait sur le corps que quelques lambeaux de vêtements, à moitié brûlés eux-mêmes ; tantôt il était assoupi, et ne faisait entendre que quelques soupirs plaintifs ; tantôt il se ranimait et poussait des cris déchirants.

A l'exception des orteils et d'une partie des pieds que la chaussure avait préservés, il n'existait pas sur toute l'étendue de la surface du corps la moindre portion de peau saine. Sur le dos, le cou, la face antérieure et supérieure de la poitrine, on trouvait une brûlure au premier et au deuxième degré ; les cheveux, les cils étaient consumés, les joues couvertes d'escarres, les bras carbonisés, la peau privée de la vie, noire, résonnante, entr'ouverte dans quelques points, prête à se fendre dans d'autres ; les cuisses et les fesses atteintes d'escarres beaucoup plus larges et plus épaisses que celles des joues ; les doigts rétractés, incapables d'exécuter le moindre mouvement ; les parties génitales presque entièrement détruites.

On ne pouvait conserver aucun espoir pour le salut de ce jeune malade, et il était certain qu'il allait promptement périr. Cependant on enleva les débris de vêtements qui restaient au cou et sur les épaules, et on le mit dans un bain tiède. La respiration, qui était très embarrassée, parut devenir plus libre. On le laisse dans le bain pendant une heure ; il se ranime, se plaint d'une vive chaleur qu'il éprouve par tout le corps, et demande sa mère à grands cris. On le couvre ensuite des pieds à la tête de papier brouillard enduit de cérat, et il est enveloppé dans un drap fin. Vers les onze heures du soir, il retombe dans un assoupissement profond, et le lendemain, à deux heures du matin, six heures environ après l'accident, la mort met un terme à ses horribles souffrances.

Autopsie. — Le cadavre présente l'aspect de celui d'un enfant qui aurait été soumis dans un four à l'action d'une température des plus élevées. Les escarres sont si nombreuses qu'il est impossible de les compter. Pour les deux bras,

on peut dire qu'il n'en existe qu'une seule, qui occupe la totalité de leurs surfaces ; elles comprennent les muscles , les nerfs, les tendons, les aponévroses , les os. Quelques articulations des doigts sont ouvertes; celles des poignets, des coudes , des épaules , sont rouges , et contiennent du sang épanché. Les veines et les artères sont privées de sang. Sur les membres inférieurs , la brûlure s'étend aussi jusqu'aux os ; aux fesses , elle ne va que jusqu'aux muscles. Par l'inspection des parties génitales , il serait impossible de déterminer le sexe de l'enfant ; elles sont entièrement détruites et il existe à cette région une désorganisation horrible.

Dans le crâne, on remarque une sécheresse particulière des membranes ; les ventricules contiennent de la sérosité sanguinolente, et le cerveau est injecté.

Le même degré de sécheresse se fait remarquer dans les plèvres et le péricarde. Les poumons sont gorgés de sang, les bronches d'un rouge vif.

L'aspect du péritoine est le même que celui des plèvres, du péricarde et des méninges. L'estomac et les intestins offrent une rougeur uniforme bien tranchée. Tous les vaisseaux sont fortement injectés ; le foie contient beaucoup de sang noir ; la vessie est distendue par une grande quantité d'urine trouble.

Obs. III. — *Brûlures du premier au cinquième degré de presque toute la surface du corps par les vêtements enflammés. — Mort par asphyxie pendant la période d'irritation. — Autopsie.* — Le 4 février 1829, vers les onze heures du soir, une portière âgée de vingt-sept ans, enceinte de quatre mois, avait mis sous ses pieds une chaufferette de bois qui contenait de la braise ou des charbons allumés. Fatiguée, elle fut surprise par le sommeil ; pendant ce temps , le feu se communique au réchaud, puis à ses vêtements, et elle ne se réveille que lorsqu'il en avait envahi la plus grande partie. Elle ouvre aussitôt la loge, s'élance dans la cour, et augmente ainsi la violence de la flamme qui la dévorait. Il en résulta des brûlures de presque tous les degrés. Lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, ses vêtements ne consistaient plus

qu'en quelques lambeaux à moitié brûlés ou réduits en charbons et collés à la surface du corps. Les chaussures et les pieds avaient seuls échappé à l'action du feu. La face était beaucoup moins endommagée que le reste du corps. Les cils et les sourcils étaient détruits.

La plus grande partie de la surface du corps était ou soulevée par des phlyctènes (deuxième degré), ou dépouillée de son épiderme et du corps muqueux (troisième degré). Tel était l'état de la face antérieure des jambes et de la presque totalité du ventre et du thorax, qui présentaient un aspect d'un rouge animé. Ailleurs, la brûlure avait atteint les quatrième et cinquième degrés; ici les escarres avaient une couleur blanchâtre et étaient molles; là elles étaient dures, résonnantes et d'un rouge de brique : l'extrémité thoracique gauche et la face postérieure des deux cuisses offraient, dans toute leur étendue, l'une ou l'autre de ces altérations.

On enleva à cette malheureuse femme, avec toute la promptitude et la prudence que sa position exigeait, les débris de vêtements qui s'étaient collés sur son corps, et elle fut mise dans un bain à vingt-quatre degrés. A l'instant où elle y fut plongée, elle éprouva une cuisson générale très vive, mais bientôt elle s'y trouva mieux, et se plaignit ensuite de ressentir un froid intense qu'elle attribuait à l'eau dont on l'avait inondée pour arrêter l'incendie qui la consumait. Ce frisson dura une demi-heure environ. Lorsqu'il eut cessé, elle manifesta un besoin accablant de sommeil. Au sortir du bain, elle fut couverte de linges fins enduits de cérat et enveloppée dans des draps chauds. On lui administra une potion calmante opiacée et du petit-lait. Elle passa le reste de la nuit assez tranquillement, et parut jouir d'un peu de sommeil.

Le lendemain, à l'immobilité de la physionomie, à la tension presque tétanique de tous les muscles de la face, M. Dupuytren reconnut, avant même qu'elle ne fût découverte, que cette malade était atteinte d'une brûlure presque générale. Il prescrivit plusieurs nouveaux bains; mais elle avait une si grande répugnance pour ce moyen, à cause de

son état de faiblesse et des douleurs qu'on ne pouvait lui éviter en la déplaçant pour l'y mettre, qu'on ne lui en administra qu'un seul. La potion fut continuée.

La journée se passe sans qu'elle ressente de grandes douleurs; elle est dans un état de somnolence continue, et conserve toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Le soir, on renouvelle le pansement. Pendant la nuit, elle est très agitée, et se livre à beaucoup de mouvements, sans avoir néanmoins du délire.

A la visite du deuxième jour, on la trouve dans un état d'affaissement considérable; elle a quelques quintes de toux, et ne peut plus avaler. La déglutition de quelques gouttes de liquide était accompagnée d'un gargouillement qui faisait craindre l'asphyxie. Quelques instants après, la parole revint, et les facultés intellectuelles restèrent intactes, jusqu'au moment de la mort qui arriva le même jour à onze heures du matin, trente-cinq à trente-six heures après l'accident, par asphyxie, c'est-à-dire par la cessation des fonctions des muscles respiratoires. L'enfant que cette femme portait dans son sein n'étant âgé que de quatre mois, et par conséquent non viable, il n'y avait rien à faire à son égard.

Autopsie vingt heures après la mort. — Roideur cadavérique considérable; la peau est presque partout scarifiée, dure et coriace. Les escarres sont blanches à la partie antérieure du tronc, noires aux lombes et sur le dos; à la partie postérieure des cuisses, la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose d'enveloppe, sont frappés de mort; les muscles de cette région sont rouges et fermes, mais non altérés. Les poils qui recouvrent le pubis sont brûlés, la peau des grandes lèvres est carbonisée.

La pie-mère est assez fortement injectée, l'arachnoïde intacte, mais aride, la substance cérébrale ferme et également sèche.

Les poumons, libres d'adhérences, sont gorgés de sang; les bronches remplies de mucosités, et leur membrane muqueuse est fortement injectée. On remarque dans les cavités gauches du cœur une hypertrophie concentrique déjà fort développée.

L'estomac offre près du pylore une foule de petites ulcérations presque miliaires; quelques unes sont de la largeur d'une lentille et présentent un fond grisâtre. L'iléon est d'une rougeur très prononcée dans toute son étendue. Le foie et la rate sont engorgés; le péritoine est très sec.

La vessie contient une certaine quantité d'urine trouble et blanchâtre; on en trouve de semblable dans les bassinets des reins. La matrice, qui remonte de trois pouces au-dessus des pubis, renferme un fœtus bien conformé, long de sept pouces environ. La chaleur s'est conservée d'une manière remarquable dans cette région. Il existe un écartement de trois lignes entre les pubis; les articulations sacro-iliaques sont également relâchées et mobiles.

Obs. IV. — *Asphyxie par le charbon.* — ***Brûlures**, aux quatre premiers degrés, de plusieurs régions, par du bouillon en ébullition et par le brasier.* — ***Mort** pendant la période de réaction.* — *Autopsie.* — Bisson (Angélique-Françoise), âgée de quarante ans, affectée d'épilepsie depuis plusieurs années, était assise auprès du feu, lorsque, surprise par un accès, elle tombe sur une marmite remplie de bouillon en ébullition.

Le côté gauche de la face et la totalité de la main droite furent brûlés aux deux premiers degrés; le coude gauche et la partie supérieure et latérale gauche de la poitrine, qui avaient été mis en contact immédiat avec le brasier, furent brûlés aux troisième et quatrième degrés.

La brûlure au premier degré était caractérisée par une rougeur extrêmement vive, celle au deuxième par de nombreuses phlyctènes, et celles aux troisième et quatrième par de larges et profondes escarres. Malheureusement toutes ces brûlures avaient beaucoup d'étendue en surface; la malade était dans un état d'anxiété générale; elle poussait des cris perçants que lui arrachaient d'atroces douleurs. Elle était continuellement agitée de mouvements convulsifs très intenses; parfois elle délirait. (Saignées copieuses, potion opiacée, boissons délayantes, diète absolue; pansement avec du linge fin, troué et enduit de cérat; charpie et cataplasmes.)

Pendant trois jours la malade est assez bien. Le quatrième, exacerbation de tous les symptômes, douleurs insupportables, puis délire presque continuel, rougeur érysipélateuse par tout le corps, langue rouge et sèche, anxiété extrême. On pratique une nouvelle saignée, mais les symptômes persistent et la malade succombe dans la journée.

Nécropsie. — La pie-mère et le cerveau sont légèrement ponctués ; la muqueuse gastro-intestinale est enflammée sur plusieurs points, et les veines présentent une rougeur remarquable à leur surface interne.

Obs. V. — *Brûlures à divers degrés par la combustion des vêtements. — Tétanos produit par la réaction inflammatoire. — Mort. — Autopsie.* — Roger (J.-B.), âgé de trente-trois ans, journalier, vint à l'Hôtel-Dieu, affecté depuis deux jours d'une brûlure large et profonde, produite par la combustion de ses vêtements dans un moment d'ivresse. Les secours qu'on lui donna empêchèrent la conflagration générale de ses habits. La brûlure occupait les côtés postérieur, interne et externe de la cuisse, s'étendant depuis le pli de la fesse jusqu'au jarret. La peau, sphacelée dans la majeure partie de cette surface, était sèche, dure, résonnante, et sa couleur d'un blanc mat. Autour de l'escarre, la brûlure allait en décroissant d'intensité, et l'on en distinguait les différents degrés qui formaient une zone large de deux pouces et demi environ. Le pouls était assez développé, mais la peau fraîche. Néanmoins une saignée fut pratiquée, et des cataplasmes émollients appliqués sur les escarres.

Le quatrième jour de l'accident, la réaction fébrile fut plus marquée. (Bains, cataplasmes laudanisés, potions calmantes.) Le sixième, l'escarre s'était ramollie, un bourrelet inflammatoire l'entourait de toutes parts ; on apercevait des bourgeons charnus; mais le malade éprouvait les douleurs les plus vives et était en proie à l'insomnie ; le pouls était très fréquent.

Le neuvième jour, céphalalgie frontale, et le dixième douleurs excessivement vives. La mâchoire inférieure est rapprochée de la supérieure ; le malade accuse de la difficulté

dans les mouvements du cou et de la roideur dans le bras droit; le ventre est douloureux, sensible à la pression, la peau chaude, le pouls fréquent, concentré. (Saignée au bras le matin, quinze sangsues derrière les oreilles; le soir, potion calmante avec quinze gouttes de laudanum.) On prend, en pansant le malade, les plus grandes précautions pour que les plaies restent le moins long-temps possible exposées à l'air.

Le onzième jour, le malade est plus mal: insomnie, roideur plus forte de la mâchoire, des muscles du col, des bras, dont le gauche commence aussi à se roidir. Ce n'est plus qu'avec peine qu'on peut écarter les mâchoires. Sueur abondante, pouls très concentré. (Saignée de plusieurs palettes jusqu'à syncope, bain de trois heures, opium en lavement et en potion; embrocations laudanisées sur les masséters et sur les muscles du col.)

Le douzième jour, le col est renversé en arrière, contraction des muscles du pharynx, aphonie par moments. Le treizième jour, on peut avec peine introduire une cuiller entre les mâchoires; le tronc est tellement renversé en arrière et en arc, que la tête porte sur le dos et celui-ci sur les talons; sueurs considérables, pouls serré, très fréquent; point de délire. (On panse les plaies avec du cérat opiacé; six gouttes de laudanum en lavement de deux en deux heures; continuation des embrocations sur la mâchoire inférieure, le cou et le ventre.)

La suppuration est peu abondante; les bourgeons charnus sont vermeils; mais la douleur des muscles du col s'exaspère à la moindre pression; elle est très vive aussi à l'épigastre; la respiration est gênée; les symptômes deviennent de plus en plus alarmants. (Vingt-cinq sangsues à la partie postérieure du col.) Le malade a continué jusqu'à ce jour d'uriner et d'aller à la selle; il conserve ses facultés intellectuelles. Le pouls est presque insensible. Il succombe à sept heures du soir.

Nécropsie trente-six heures après la mort. — Roideur cadavérique très prononcée de toutes les parties qui n'avaient

pas été frappées de tétanos ; mais les muscles du cou , des épaules, et en général de toutes les parties où la roideur tétanique avait existé , à l'exception des mâchoires , sont dans un état complet de relâchement. Les divers degrés de la brûlure reconnus pendant la vie sont constatés de nouveau.

La peau de la cuisse frappée d'escarres dans l'étendue d'un pied carré est détachée , et à sa place existe une plaie large et d'un assez bon aspect.

Appareil sensitif. — Les veines de l'intérieur du crâne sont fortement gorgées de sang noir. L'arachnoïde a une teinte opaline légère ; elle se détache avec peine de la substance grise du cerveau ; celle-ci est le siége d'une fluxion sanguine considérable qui lui communique une couleur rosée uniforme. Si on la presse , on voit suinter à sa surface une foule de gouttelettes de sang, sans que pour cela la rougeur diminue. Au-dessous de la substance grise , la substance blanche est fortement sablée de sang ; mais à un pouce de la substance grise , cette coloration diminue à tel point , que , près des ventricules , l'injection vasculaire a presque complétement disparu. Il existe une plaque large comme la paume de la main de chaque côté et à la surface des hémisphères cérébraux. Les ventricules ne contiennent qu'une quantité infiniment petite de sérosité. Des vaisseaux injectés assez considérables rampent à la surface des corps striés et des couches optiques ; à leur intérieur, les parties , ainsi que la protubérance , n'offrent qu'une injection vasculaire assez faible. D'ailleurs l'encéphale a une consistance considérable.

Le rachis ouvert , on y trouve également les veines gorgées de sang noir. La moelle , examinée partout avec soin , paraît de consistance ordinaire. La substance grise qui se trouve à son centre est notablement et uniformément injectée et rosée , surtout un peu au-dessous du renflement cervical , et à quelques pouces plus bas , au niveau de la huitième ou neuvième vertèbre dorsale; de telle façon que , tant dans la moelle que dans le cerveau , c'est dans la substance grise que l'on trouve de l'injection et la coloration rouge uniforme.

Appareil digestif. — Il y a un peu de rougeur vers le grand cul-de-sac de l'estomac dans l'étendue de deux pouces carrés, mais cette rougeur est légère et s'affaiblit graduellement. L'iléon est en général rosé ; quelque peu de rougeur est répandue çà et là dans le colon ascendant; le foie est sain, ainsi que la rate. — *Respiratoire.* Les bronches sont saines ; les deux poumons adhèrent en arrière par quelques filaments celluleux anciens, et sont seulement un peu engorgés le long de leur bord postérieur. — *Circulatoire.* Le cœur est sain, ainsi que le système vasculaire; les grosses veines contiennent beaucoup de sang. — *Génito-urinaire.* Rien de notable (1).

Obs. VI. — *Brûlures du premier au troisième degré. — Phlegmon diffus survenu au moment de la période de réaction, et suivi de symptômes de gastro-entérite et de méningite. — Mort.—Autopsie.*—La nommée Magin, âgée de soixante-trois ans, domestique, d'une faible constitution et d'une mauvaise santé, étant assise près d'un feu de bois, avait à côté d'elle un fourneau dans lequel brûlait une grande quantité de charbon. La vapeur de ce charbon l'étourdit ; elle tombe dans le feu, ses vêtements s'enflamment et déterminent une brûlure grave au talon droit et aux fesses. On accourt à ses cris et on lui porte secours. Conduite immédiatement à l'Hôtel-Dieu, il ne lui reste aucun indice de l'asphyxie ; mais elle souffre beaucoup aux régions brûlées ; sur chaque fesse existe une large escarre, blanche, dure, sonore, environnée de nombreuses phlyctènes (troisième et deuxième degrés) ; une rougeur vive, érysipélateuse, s'étend sur les cuisses et sur les parties postérieures du tronc (premier degré). Une autre brûlure se remarque sur la partie inférieure du membre abdominal droit : au-dessus du talon est une escarre de la grandeur d'une pièce de cinq francs : à la face postérieure de la jambe, une rougeur érythémateuse ; en d'autres endroits, des phlyctènes remplies de sérosité (troisième, pre-

(1) Observation recueillie par M. Sanson aîné.

mier et deuxième degrés). Bain ; pansement avec du linge fin enduit de cérat, potion calmante.

Dans la nuit, la malade est agitée, tourmentée par des rêves pénibles ; le lendemain elle se plaint d'une violente céphalalgie (saignée au bras). Le troisième jour, douleurs vives dans les parties frappées d'escarres. La malade étant couchée habituellement sur le dos, ce qui est assez général chez les vieillards, on l'engage à se tenir constamment couchée sur le ventre à cause du siége de la brûlure. Cette précaution est très importante, car le poids du corps peut beaucoup augmenter l'étendue des escarres, comme il suffit, dans certaines maladies, pour déterminer la gangrène.

Le cinquième jour, les escarres commencent à se détacher à leur circonférence, et ne paraissent pas très profondes. La malade demande avec instance des aliments qu'on ne croit pas devoir encore lui accorder. Le soir, elle est prise de frissons, de fièvre, de douleurs dans tout le membre inférieur droit. La brûlure aux premier et deuxième degrés était dissipée ; mais il se manifeste une inflammation consécutive ; une rougeur érysipélateuse s'étend sur le membre, accompagnée d'engorgement.

Le sixième jour, cette inflammation a pris tous les caractères du phlegmon diffus, et s'est portée jusqu'à la partie supérieure de la cuisse ; l'articulation du genou est très douloureuse. Dans la crainte qu'une saignée générale ne vînt par trop affaiblir cette constitution déjà si détériorée, on se contenta d'appliquer vingt sangsues disséminées sur le membre. La marche de la brûlure est satisfaisante : les escarres sont presque entièrement détachées ; la suppuration est peu abondante.

Le phlegmon paraît stationnaire pendant trente-six heures ; mais bientôt il survient du délire, les traits se contractent, la langue et les lèvres se dessèchent, la fièvre reparaît avec plus d'intensité, la malade est prise de vomissement, de diarrhée, et elle succombe le onzième jour de l'accident.

Nécropsie trente-six heures après la mort. — L'examen des surfaces externes constate les lésions que nous avons

décrites. — *Crâne.* Le cerveau, consistant, n'offre aucune altération. Les ventricules contiennent une grande quantité de sérosité rougeâtre. Les méninges, l'arachnoïde surtout, sont enflammées. — *Thorax.* Le poumon droit présente à sa base une hépatisation assez prononcée : les bronches sont fortement injectées et remplies de mucosités épaisses. La plèvre du côté droit renferme un léger épanchement; le cœur a un volume considérable; dilatation des cavités et amincissement des parois. Le péricarde offre à sa surface interne des plaques blanches qui indiquent d'anciennes inflammations.

Abdomen. — La membrane muqueuse de l'estomac est très rouge; la vésicule biliaire contient environ trente petits calculs. Le mésentère est rempli de tubercules non ramollis. Le foie est très volumineux et gras.

Obs. VII. — *Asphyxie par le charbon.* — ***Brûlures du deuxième au quatrième degré par la combustion des vêtements.*** — ***Déviation des règles par la plaie.*** — ***Accidents divers à la suite de la période de suppuration et d'épuisement.*** — ***Mort au bout de huit mois.*** — Bien que nous n'ayons que peu de détails sur ce fait, nous croyons néanmoins devoir en présenter sommairement l'histoire, parce qu'il nous offre l'exemple d'un autre genre de terminaison des brûlures, qui n'est pas rare, un de ces cas où les malades meurent après un temps plus ou moins long, parce qu'ils n'ont plus de forces suffisantes pour subvenir au travail de la cicatrisation, et après avoir éprouvé divers accidents consécutifs.

Marie Tonchu, âgée de quarante-deux ans, faisant dégeler de l'eau sur des charbons allumés, tomba asphyxiée; le feu prit à ses vêtements, et il en résulta de larges phlyctènes à la partie inférieure du dos; la peau de la fesse était torréfiée et racornie. Au bout de quatre à cinq jours, de grandes escarres occupaient toute la surface brûlée.

Huit jours après, les règles survinrent. Un écoulement de sang eut lieu en même temps en nappe par la surface ulcérée (nous citerons plus loin un second exemple de ces sortes de déviations des règles). Les douleurs étaient extrêmement

vives ; la suppuration devint bientôt très abondante, le pouls faible, petit, la malade abattue. On prescrivit des toniques. Elle donna constamment des preuves d'une patience et d'une docilité admirables, et demeura toujours couchée sur le ventre. On eut beaucoup de peine à diminuer l'abondance de la suppuration ; la cicatrisation restait stationnaire ou ne faisait que des progrès à peine sensibles. Une foule d'accidents se succédaient les uns aux autres : des affections érysipélateuses, des abcès vers les articulations, des symptômes d'irritation gastrique, etc. La malade tomba dans un état de marasme et d'épuisement complet, et elle succomba *huit mois et treize jours après l'accident*, à une époque où la cicatrisation, quoique fort près d'être achevée, ne l'était point encore (1).

Ce cas, comme nous l'avons dit, offre l'une des époques les plus éloignées dans lesquelles la mort peut arriver.

Obs. VIII. — *Brûlures aux deux pieds, du premier au quatrième degré, par un pédiluve. — Phlegmon diffus. — Mort. — Autopsie.* — Une jeune passementière de dix-sept ans, d'une bonne santé et bien réglée, apprenant que le mariage qu'elle devait contracter avec un jeune homme dont elle est vivement éprise était rompu, conçoit le projet de se détruire, s'enferme dans une chambre étroite, remplit deux réchauds de charbon embrasé, et tombe asphyxiée ; on ne sait combien de temps elle resta sans secours. Une personne qui venait la voir entend quelques sourds gémissements, enfonce la porte, et la trouve dans un état de mort apparente. On la transporte à l'Hôtel-Dieu, après lui avoir donné plusieurs soins sans pouvoir la rendre à la vie.

Toute la surface du corps était violacée, la respiration insensible, et le pouls imperceptible au poignet ; mais les artères temporales donnaient quelques battements faibles et diffus. La malade fut couchée près d'une fenêtre ouverte : on fit sur tout le corps des frictions avec du vinaigre chaud ; la malade donna quelques signes de vie. On ouvrit alors la

(1) Observation recueillie par M. Moulinié.

veine du bras, qui ne laissa d'abord écouler que quelques gouttes de sang; mais bientôt le liquide jaillit et on en retira trois palettes. Il y eut une grande amélioration. On prescrivit un pédiluve sinapisé; au lieu de le donner à la température ordinaire, c'est-à-dire à 30° environ, le garçon ou la fille de salle plonge les pieds de cette malheureuse dans de l'eau bouillante, à une température de 100°; au bout d'une demi-heure, la malade commence à parler, adresse différentes questions, et se plaint de la chaleur de l'eau et de l'engourdissement qu'elle éprouve aux pieds; elle est remise dans son lit.

Le lendemain, elle paraît très agitée et accuse de violentes douleurs dans les jambes; on les examine, et l'on y trouve avec étonnement une brûlure grave des deux pieds, qui s'étend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus des malléoles: les orteils sont privés d'épiderme; des escarres jaunes, dures, couvrent la face dorsale de ces parties et l'articulation tibio-tarsienne; à la partie inférieure de la jambe, les limites de la brûlure sont tracées par de nombreuses phlyctènes, remplies de sérosité rougeâtre; plus haut, on remarque sur chaque jambe une rougeur vive, accompagnée d'une légère tuméfaction et de douleurs atroces.

Le troisième jour de la brûlure, il ne reste aucune trace de l'asphyxie; mais une atteinte profonde a été portée aux facultés vitales: le pouls est très petit, faible, les yeux sont éteints, les pommettes rouges, la malade très abattue. Les parties sont enveloppées dans des linges enduits de cérat, dans des cataplasmes, et placées sur des oreillers.

Le cinquième jour, l'inflammation des jambes a fait de grands progrès. (Trente sangsues sur chacune d'elles; bain entier.)

Le sixième jour, une fluctuation obscure existe sur le membre droit; le phlegmon a gagné le genou et la cuisse. Les traits de la face s'altèrent, les idées se troublent, le délire se déclare dans la journée, et la jeune personne succombe le septième jour à deux heures du matin.

Nécropsie. — On constate les divers degrés de la brûlure:

quelques escarres profondes commençaient à se détacher à leur circonférence. Toutes les articulations, et surtout celle du pied avec la jambe, sont enflammées; la membrane synoviale est rouge, injectée; dans l'articulation tibio-tarsienne droite, il existe un épanchement assez notable de sérosité sanguinolente. Au-dessus des brûlures, on trouve la peau décollée dans une grande étendue, et à droite, deux foyers purulents, profonds, dont le pus a fusé entre les muscles qui sont disséqués jusque près du genou. Du pus est également infiltré dans le tissu cellulaire de la cuisse et de la partie inférieure et postérieure du tronc. Partout le tissu cellulaire est dense et comme lardacé.

Les grandes cavités n'ont offert rien de notable, si ce n'est une injection assez prononcée des méninges et de la substance cérébrale.

Tous les faits qui précèdent ont été choisis parmi un grand nombre d'observations recueillies dans les salles de M. Dupuytren depuis plusieurs années jusqu'à ce jour. Nous n'avons pris, à dessein, que des cas d'insuccès, afin de démontrer par quelles causes la mort arrive dans les différentes périodes de la brûlure, et quels sont les caractères anatomiques que la nécropsie révèle. Bientôt, lorsque nous aurons exposé les méthodes de traitement de M. Dupuytren, d'autres faits nous apprendront aussi comment on peut triompher de cette grave maladie et de ses fâcheuses complications.

Résumons les points les plus frappants et en même temps les plus instructifs de ces sept observations. Chez tous les malades, les brûlures sont graves, profondes, et plus ou moins étendues. Chez les deux premiers, elles occupent presque toute la surface du corps et pénètrent jusqu'au derme. Aussi ces deux malades (deuxième et troisième observations) succombent à un excès d'irritation générale; l'un, âgé de trois ans et demi, au bout de quelques heures; l'autre, âgé de trente ans environ, le deuxième jour. Un troisième malade (quatrième observation) ne peut résister à la réaction inflammatoire, et périt le quatrième jour au début de la pé-

riode d'élimination, avec de violents symptômes d'inflammation du cerveau et des voies digestives. Le quatrième malade est atteint, au commencement de la même période d'élimination, d'un tétanos formidable qui l'entraîne le douzième jour. L'autopsie découvre de graves lésions dans tout le système sensitif, dans les organes du cerveau et du rachis. Chez les sujets des sixième et huitième observations, des phlegmons diffus consécutifs se développent avec la période d'élimination, produisent de vastes foyers purulents, le décollement de la peau dans une grande étendue, l'inflammation et la suppuration des articulations, et, après avoir réagi sympathiquement sur les organes internes, amènent la mort, chez le premier, le onzième jour, et le sixième jour chez le second. Enfin la femme de la septième observation éprouve une foule d'accidents pendant huit mois; la suppuration ne tarit point pendant tout ce temps, la cicatrisation ne peut s'achever, et elle meurt à cette époque dans un état complet de marasme et d'épuisement.

Après avoir appelé ces faits à l'appui de ses considérations, M. Dupuytren passe à l'exposé de la thérapeutique des brûlures.

Les brûlures, dit M. Dupuytren, ont été de tout temps l'objet des tentatives les plus bizarres de l'empirisme. Chaque époque a eu ses remèdes souverains qui, après avoir été plus ou moins prônés, ont été remplacés par d'autres, et ceux-ci, à leur tour, sont tombés dans l'oubli qui avait frappé les premiers. Rien n'a pu jusqu'ici, et rien ne pourra encore à l'avenir désabuser les chercheurs de remèdes infaillibles contre la brûlure. Aussi opiniâtres que ceux qui poursuivent la quadrature du cercle, ils ne cessent de courir après cette panacée. Une chose remarquable et qui peut en imposer à la multitude, c'est la confiance absolue et l'intime conviction de tous les possesseurs de secrets de ce genre.

Obs. VIII. — *Brûlure au dernier degré. — Traitement empirique. — Mort.* — Une jeune femme, continue M. Dupuytren, fut transportée à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques années. La combustion de ses vêtements avait produit une

brûlure affreuse, qui s'étendait, ou peu s'en faut, de la tête aux pieds.

A l'insensibilité absolue des parties brûlées, à la destruction de l'épiderme, à la désorganisation du corps muqueux, à la tension et à la couleur jaune *bistre* du chorion, il était facile de voir que la peau était atteinte dans toute son épaisseur. A la faiblesse de sa voix et de son pouls, à son immobilité, à sa froide et désespérante impassibilité, à la somnolence qui la dominait, il était facile de juger que cette jeune malheureuse était frappée à mort; que si elle échappait aux dangers de cet état d'accablement, elle ne résisterait probablement pas aux suites de l'inflammation éliminatoire, et que, dans aucun cas, ses forces ne suffiraient à l'abondance de la suppuration et encore moins au travail de la cicatrice.

Cependant une dame respectable par son âge, son ton et ses manières, avait accompagné cette malade, et sollicitait avec instance d'être admise à la traiter sous nos yeux. Elle avait reçu, disait-elle, par héritage, un secret transmis depuis quatre cents ans de génération en génération, et à l'aide duquel des milliers de personnes auraient été guéries, sans exception d'une seule.

Je dus lui faire remarquer, ajoute M. Dupuytren, que la malade à laquelle elle prenait un si vif intérêt était affectée d'une brûlure incurable et mortelle; mais ce fut en vain que, dans l'intérêt même de son remède, je l'engageai à attendre une occasion plus favorable. Elle insistait avec tant de force, qu'après nous être assuré qu'il ne contenait rien de nuisible, nous lui permîmes d'en faire usage. Rien ne saurait égaler le zèle et le dévouement qu'elle mit à enduire plusieurs fois par jour la malade avec son onguent.

Bientôt une réaction assez vive causée par l'inflammation ne tarda pas à se développer; elle s'en réjouit comme d'un effet salutaire de son remède. Des cercles inflammatoires cernèrent les parties brûlées, et elle annonça que le mal ne tarderait pas à être surmonté. De vastes lambeaux de tissus se détachaient chaque jour, et elle n'était point désabusée. Enfin la mort seule, qui arriva au quinzième jour de l'accident,

parut jeter quelques doutes dans son esprit sur l'efficacité de son secret héréditaire.

A quoi tiennent donc, continue M. Dupuytren, cette confiance illimitée d'une part, et de l'autre cette crédulité du peuple, partagée, il faut bien le dire, par tant de gens instruits ? Elles tiennent à ce que la brûlure est considérée comme une maladie simple dans sa nature et ses phénomènes, constante dans sa marche et ses effets, et qui dès lors doit être facilement guérie par un remède simple et invariable comme elle.

Telle est la base de toutes les espérances et de toutes les promesses des inventeurs de remèdes secrets. Détruire une erreur aussi préjudiciable, c'est rendre à l'humanité un service. Disons-le donc, loin de consister en une maladie simple, la brûlure est au contraire une maladie très composée, dont les degrés nombreux et variés constituent autant d'affections qui présentent des caractères tranchés, des suites variables, des complications particulières, et qui exigent par conséquent des traitements très différents les uns des autres.

Il vous suffira, poursuit M. Dupuytren, de rappeler à votre souvenir les nombreux effets de la chaleur sur les tissus vivants que nous avons décrits, pour être convaincus de ces vérités. Que l'on compare les effets matériels et immédiats de l'action du calorique aux effets consécutifs dont ils deviennent la cause à leur tour ; aux inflammations éliminatoire, suppurative et ulcéreuse ; à la fièvre locale et générale ; aux complications sans nombre qui les accompagnent ; aux accidents de tout genre qu'ils entraînent : douleurs, spasmes, convulsions, tétanos, etc. ; aux soins qu'exige une cicatrice qu'il faut retarder dans certains cas pour éviter des difformités, qu'il faut hâter dans d'autres pour éviter la mort; et l'on pourra juger de la vanité de tous les remèdes secrets et infaillibles. On comprendra qu'une science profonde, une connaissance exacte de l'organisation et des altérations qu'elle peut subir, et enfin une expérience consommée des moyens de la rétablir dans son état primitif, peuvent seules conduire avec quelque certitude de guérison.

Le traitement de ces lésions, reprend ensuite M. Dupuytren, repose sur les indications suivantes : 1° Enlever la cause de la brûlure ; 2° faire avorter l'inflammation, modérer et calmer, dans les deux premiers degrés, les douleurs et l'irritation cutanée qui se développent à l'instant de l'accident, et prévenir leurs effets sur les organes internes ; 3° maintenir dans de justes bornes l'inflammation secondaire qui préside à la séparation des escarres et à l'établissement de la suppuration ; 4° favoriser et diriger, à l'aide de soins bien entendus, la cicatrisation des plaies qu'elles laissent après elles ; 5° s'opposer par conséquent à la formation de brides ou d'adhérences vicieuses qui pourraient gêner plus ou moins les mouvements des parties, ou même les priver de leurs fonctions ; 6° enfin combattre les accidents généraux primitifs ou consécutifs qui peuvent se présenter dans le cours de la maladie.

L'indication qui consiste à enlever la cause du mal ne se présente guère pour les chirurgiens que dans les brûlures produites par l'action des caustiques, dont une portion non encore combinée serait restée à la surface des parties. On la remplit à l'aide de lotions faites avec des réactifs propres à neutraliser la substance comburante et que la chimie apprend à connaître. Dans le plus grand nombre de cas, on peut y suppléer au moyen de lotions d'eau simple.

Dans les brûlures du premier degré ou dans celles du second, qui ne sont pas accompagnées de dénudation de l'épiderme, tous les efforts du praticien doivent tendre à faire avorter l'inflammation et à prévenir la formation de phlyctènes ou d'escarres dont la présence ajouterait à la longueur et aux difficultés du traitement. Tous les moyens doués de propriétés légèrement astringentes ou répercussives, sédatives et non excitantes, nous paraissent propres à remplir cette indication. L'immersion et le séjour prolongé de la partie brûlée dans l'eau froide, dans l'eau de Goulard, dans l'eau alcoolisée ou légèrement acidulée; et, lorsque cette immersion n'est pas possible, des fomentations long-temps continuées et fréquemment renouvelées avec les mêmes li-

quides, ou avec de l'éther, de l'alcool, une dissolution de sulfate de fer, de sulfate d'alumine et de potasse ou d'ammoniaque, etc., produisent de très bons effets. Mais ces dernières substances ne peuvent être employées que lorsque l'épiderme n'a pas été enlevé ; dans le cas contraire, elles augmenteraient l'irritation au lieu de la calmer, et produiraient de vives douleurs. Il est donc très important de conserver l'épiderme intact sur les parties brûlées; et pour cela on aura soin d'enlever lentement et avec précaution les vêtements qui les recouvrent, et même de les couper. S'il existe des phlyctènes, on se bornera à les ouvrir par une simple piqûre, avec une aiguille ou la pointe d'une lancette, à leur partie la plus déclive. Si l'irritation et les douleurs sont très considérables et qu'on ait à craindre des accidents, on administrera avec avantage des potions calmantes et des topiques anodins. Si le sujet est jeune, vigoureux, sanguin, des émissions sanguines, locales ou générales, contribueront puissamment à ramener le calme et à prévenir le développement de l'inflammation. Du reste, tous les moyens seront d'autant plus efficaces que leur administration suivra de plus près le moment de l'accident. Dans tous les cas, le sujet sera tenu à une diète d'autant plus sévère, que la maladie paraîtra plus grave, et il fera usage de boissons mucilagineuses, acidulées et délayantes.

Enfin si, malgré tous les soins que l'on a prodigués, l'inflammation se développe, il faut la modérer, empêcher qu'elle n'envahisse les tissus sains, et qu'en devenant excessive, elle ne se termine par la gangrène, ou qu'elle ne réagisse trop fortement sur les organes intérieurs, et donne lieu aux accidents sympathiques formidables que nous avons décrits. C'est alors qu'il faut se hâter de recourir aux fomentations émollientes, aux cataplasmes de même nature, aux saignées locales et générales. Si les douleurs sont trop intenses, on associera aux topiques précédents le baume tranquille, le laudanum de Rousseau, les décoctions de morelle, de jusquiame, de pavot, etc.

La même indication se présente encore dans les brûlures

des troisième et quatrième degrés, lorsque le travail inflammatoire d'élimination commence à s'opérer. On devra réprimer l'inflammation si elle est trop violente, et l'animer si le travail languit. Mais il ne faut pas oublier que, dans ce cas, les excitants trop énergiques ou trop long-temps continués ont eu souvent pour résultat le développement d'érysipèles qui, prenant naissance sur les autres bords de la plaie, ont envahi successivement une grande surface du corps, et ont été souvent mortels. Nous en avons presque toujours arrêté la marche, dit M. Dupuytren, par l'application d'un vésicatoire volant sur le lieu même qu'ils occupaient.

Mais d'autres soins deviennent encore nécessaires à cette époque. La brûlure sera couverte de linge fin troué et enduit d'un corps gras, tel que le cérat simple ou le cérat de saturne, par-dessus lequel on mettra une couche légère de charpie brute, destinée à absorber le pus. On appliquera des cataplasmes émollients sur les escarres pour en faciliter la chute. Lorsqu'elles sont presque entièrement détachées, et qu'elles ne tiennent plus au fond de la plaie que par quelques filaments, on les coupera avec des ciseaux le plus près possible de ces derniers. Quelquefois, lorsque l'escarre est profonde, comme dans les brûlures des quatrième et cinquième degrés, il se rassemble du pus au-dessous d'elle ; on en est averti par la fluctuation, et il faut se hâter de lui donner issue en pratiquant des incisions, afin d'éviter qu'il ne s'infiltre dans le tissu cellulaire environnant. Lorsque, à la chute des escarres superficielles, ou à la séparation de l'épiderme qui constituait les phlyctènes, le derme, mis à nu, est fort douloureux, le cérat opiacé et l'imbibition des compresses dont se compose l'appareil, avec une dissolution légère d'extrait gommeux d'opium, sont les topiques les plus favorables.

Les pansements doivent être faits avec promptitude, afin que les parties soient le moins de temps possible exposées au contact de l'air, et avec prudence et légèreté, afin d'éviter aux malades des douleurs qui ne sont pas sans danger. Pour atteindre ce but, on ne découvrira d'abord qu'une partie

de la plaie, et on la pansera avant d'enlever les autres portions de l'appareil. C'est pour cela que le bandage à bandelettes séparées de Scultet est de beaucoup préférable au bandage roulé.

A la suite des brûlures étendues, et surtout des brûlures aux quatrième et cinquième degrés, la suppuration est ordinairement si abondante, qu'il devient nécessaire de faire deux et même trois pansements par jour ; mais alors les sujets tombent assez rapidement dans un état fâcheux d'abattement et de faiblesse. On aura donc soin de soutenir les forces par quelques aliments substantiels, et surtout par les toniques, tels que le quinquina administré en boisson, en lavement et comme topique.

Dans les brûlures où il existe une destruction plus ou moins considérable de tissus, les cicatrices qui en résultent sont souvent difformes, gênent quelquefois la liberté des mouvements des parties qu'elles occupent, ou s'opposent à l'exercice d'une fonction. Il importe donc de prévenir ces difformités, quelquefois repoussantes, et ces inconvénients, en veillant à ce que la cicatrice ait à peu près la même étendue que la peau détruite, et en empêchant qu'elle ne se fasse par le rapprochement des bords circonvoisins. Presque toujours on atteint ce but en cautérisant soigneusement avec la pierre infernale les bourgeons charnus trop saillants, par la position du membre, par des pansements bien dirigés, et par l'usage d'appareils solides. Ainsi on empêchera les malades de tenir les membres fléchis s'ils sont brûlés dans le sens de la flexion, ou étendus si la brûlure a lieu dans le sens de l'extension ; on introduira des mèches, des tentes, des canules ou des éponges dans les ouvertures naturelles que la cicatrice tendrait à rétrécir ou à fermer. On séparera, à l'aide de compresses et de plumasseaux maintenus par des bandes de sparadrap, les organes qui, tels que les doigts, pourraient contracter des adhérences vicieuses entre eux. Au visage, dont les tissus sont si mobiles et si extensibles, l'art ne parvient pas toujours à empêcher que des difformités plus ou moins considérables ne s'y produisent. On s'y

oppose autant que possible, en écartant les bords des plaies à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, et d'autres moyens que l'état des choses peut suggérer. Mais dans tous les cas, si on ne pouvait chercher à obtenir une cicatrice de bonne nature qu'en occasionnant des douleurs qui pourraient lui être funestes, il ne faudrait pas hésiter à y renoncer.

Lorsqu'un membre ou une partie d'un membre est complétement détruite, l'amputation est indispensable. Elle substitue une plaie simple dont la suppuration sera prompte et la cicatrisation régulière et facile, à une escarre dont la chute se fera long-temps attendre, et qui laissera après elle une solution de continuité irrégulière, avec saillie des os et de toutes les parties qui, situées plus profondément, ont le moins souffert de l'action du feu. En outre, en emportant les parties brûlées, l'opération préserve le malade de l'inflammation secondaire qui doit nécessairement s'y développer, et qui alors n'est pas sans danger. Néanmoins, pour prendre une décision à cet égard, le chirurgien interrogera avec soin l'âge, la constitution, les forces du malade, et verra s'il est en état de résister au travail éliminatoire. Il est bien entendu que si le sujet était tombé dans un état de stupeur, comme on l'observe dans beaucoup de cas, ou si l'inflammation locale avait eu le temps de se développer, qu'il y eût de la fièvre, etc., il faudrait attendre la disparition de ces accidents, l'établissement de la suppuration, et prendre alors, pour guide de sa conduite, l'état général du malade et celui de la plaie.

Lorsque les cicatrices sont formées, les tissus conservent une roideur qui ne permet pas aux parties de remplir librement leurs fonctions. On doit alors mettre le malade à l'usage des fomentations, des frictions, des embrocations huileuses et des douches. D'un autre côté, on ne permettra d'abord qu'un exercice très modéré, dans la crainte que les cicatrices ne se rompent, ce qui arrive assez souvent, surtout lorsqu'elles ont leur siége sur les extrémités abdominales.

Il nous reste maintenant, dit M. Dupuytren, à résumer en

quelques mots les soins généraux qu'exige l'état des sujets suivant la gravité et les différentes périodes de la maladie. Une brûlure légère, superficielle et très circonscrite, qui n'amène aucun trouble dans l'économie, ne réclame aucune médication interne. Mais si, quoique superficielle, elle occupe une grande surface, le malade devra être tenu, dans le principe, à une diète sévère, à l'usage des boissons émollientes et rafraîchissantes, et placé dans un lieu calme, frais, éloigné de tout excitant physique ou moral. Les mêmes moyens devront être employés pour les brûlures profondes. Les douleurs trop vives seront combattues par l'administration de l'opium à larges doses; la fièvre et les accidents inflammatoires seront réprimés par des émissions sanguines, surtout si le sujet est fort et pléthorique; mais on insistera moins sur la saignée, lorsque des escarres vastes et profondes font craindre l'établissement d'une suppuration extrêmement abondante; car, affaibli par cette cause, le malade ne se trouverait plus en état de résister à cette suppuration, et il succomberait à l'épuisement. Des boissons, la diète, le repos, sont, dans ce cas, les seuls moyens convenables.

La suppuration étant établie et la fièvre dissipée, on accordera quelques aliments légers et des boissons nutritives, mais en petite quantité.

Aux suppurations très abondantes et de longue durée, qui menacent les malades d'épuisement et de marasme, on opposera les préparations ferrugineuses et de quinquina.

Si les symptômes du marasme et une diarrhée colliquative se manifestent, on donnera trois ou quatre fois par jour une pilule composée de : extrait gommeux d'opium, demi-grain; sulfate de zinc, un grain : mélange dont nous avons souvent obtenu les meilleurs effets.

Enfin, les inflammations des viscères des grandes cavités qui pourraient se développer, seront combattues par des moyens appropriés.

On a proposé les brûlures comme moyens de guérir l'épilepsie; les observations suivantes prouvent que dans quelques cas les accès ont lieu malgré l'accident.

Obs. IX. — *Épileptique. — Brûlures, aux troisième et quatrième degrés, de la partie postérieure du membre abdominal droit. — Guérison complète le cent quarante-cinquième jour. — Point d'attaque d'épilepsie pendant toute la durée du traitement.* — Lampet (Désirée), âgée de trente-six ans, épileptique depuis son enfance, s'était enfermée dans sa chambre avec un fourneau de charbon allumé. Bientôt elle s'évanouit et tombe sur le fourneau, de manière que la partie postérieure du membre abdominal droit reste exposée à la flamme pendant un espace de temps assez long. Il en résulte une brûlure aux troisième et quatrième degrés, qui s'étend depuis le tiers supérieur de la cuisse jusqu'au-dessous de la partie moyenne de la jambe, et qui intéresse plus de la moitié de la circonférence du membre, surtout au niveau de l'espace poplité; la peau, le tissu cellulaire sous-jacent et la surface des muscles se trouvent en conséquence privés de vie.

Les premiers soins qu'on donna en ville consistèrent en des applications de compresses enduites de cérat et en des boissons antispasmodiques. La malade passa de la sorte les sept premiers jours chez elle. Déjà le travail inflammatoire avait commencé, la ligne de démarcation s'était établie entre les parties mortes et vivantes, et des escarres d'une grande étendue et divisées en lambeaux semblaient ne plus tenir au membre que par quelques points lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 29 avril.

Des compresses trouées, enduites de cérat, de la charpie, des cataplasmes émollients et des boissons calmantes formèrent les moyens de traitement. Au bout de trois jours, le travail éliminatoire était complétement achevé, toutes les escarres étaient tombées et avaient fait place à une plaie de couleur vermeille, dont la surface présentait des bourgeons charnus de très bonne nature.

On continua le même pansement; mais pour prévenir la formation de brides qui auraient pu gêner les mouvements du membre et le rendre difforme, on plaça celui-ci, comme dans les cas de fracture de la rotule en travers, sur un plan incliné du talon à la tubérosité ischiatique. La jambe étant

ainsi fortement étendue, la cicatrice put s'opérer d'une manière régulière.

La suppuration étant devenue très abondante, on pansa deux fois par jour, et chaque fois la plaie étant nettoyée avec le plus grand soin. Mais cette suppuration ayant diminué progressivement, la cicatrisation marcha à grands pas de la circonférence au centre, et en assez peu de temps la plaie avait perdu considérablement de son étendue.

Cependant, ainsi que cela arrive fort souvent, ces progrès rapides furent bientôt arrêtés par un développement excessif de bourgeons charnus. Bien qu'on eût soin de les réprimer avec le nitrate d'argent fondu, chaque jour on les voyait repulluler avec une nouvelle vigueur; et malgré touts les efforts de l'habile chirurgien, on ne put obtenir une cicatrice complète qu'au bout de cent quarante-cinq jours.

Le membre n'avait rien perdu de sa conformation naturelle et il recouvra par la suite le libre exercice de tous ses mouvements. La malade sortit de l'hôpital le 8 septembre. Pendant toute la durée de son séjour, il ne lui était survenu aucune attaque d'épilepsie. Aurait-elle été, par l'effet de son accident, guérie pour toujours de cette cruelle affection? Nous regrettons de l'avoir perdue de vue depuis cette époque, et de ne pouvoir répondre à cette question.

Obs. X. — *Epileptique. — Brûlures, aux quatre premiers degrés, de tout le côté droit de la face, de tout le côté droit du cou et de la partie supérieure de la poitrine. — Accidents graves. — Suppuration abondante. — Guérison le quatre-vingt-quatorzième jour. — Douze attaques d'épilepsie pendant la durée du traitement.* — Marie Floret, âgée de quarante ans, constitution délicate, épileptique depuis nombre d'années, ayant déjà été brûlée cinq fois par suite de cette affection, vint à l'Hôtel-Dieu le 2 mai pour une nouvelle brûlure. Celle-ci occupait tout le côté droit du cou et le tiers supérieur et antérieur de la poitrine du même côté. Dans une attaque d'épilepsie, elle était tombée la face dans le feu, et restée assez long-temps en contact avec le brasier. Il en résulta des brûlures aux quatre premiers degrés, sur les ré-

gions précédemment indiquées. Les escarres étaient larges, profondes, noirâtres, dures au toucher. Les brûlures aux deux premiers degrés avaient fort peu d'étendue. La malade était dans un état d'excitation générale très grande; elle avait du délire; le pouls était extrêmement petit et serré, et très rapide, la respiration courte et entrecoupée, la bouche sèche, la soif vive, les extrémités agitées par des mouvements convulsifs très prononcés.

On eut d'abord recours à une saignée générale et à une application de sangsues à la base du crâne, aux révulsifs et aux antispasmodiques; des sinapismes furent appliqués aux pieds, et des injections de dix gouttes de laudanum faites dans le rectum. On couvrit les escarres de larges cataplasmes émollients, afin d'en faciliter la chute, et les brûlures au deuxième degré, de linge fin enduit de cérat et percé de beaucoup de trous par-dessus lequel on appliqua une legère couche de charpie, destinée à absorber le produit de la suppuration.

La malade ne tarda pas à éprouver une grande amélioration. Bientôt le travail éliminatoire commença, et en assez peu de temps toutes les parties mortes furent séparées. Aucun accident n'eut lieu durant cette période.

A la chute des escarres succéda une large plaie d'un très bon aspect. La suppuration étant devenue très abondante, on pansa deux fois par jour; mais au bout de quelque temps elle diminua, et la cicatrice commença à s'opérer. Un nombre prodigieux de bourgeons charnus s'éleva de toute la surface de la plaie; on eut soin de les réprimer.

Chaque jour la cicatrice acquit plus d'étendue; la suppuration fut moins abondante; on supprima les cataplasmes, et on pansa simplement avec le linge troué, enduit de cérat, la charpie par dessus, quelques compresses et un bandage convenable.

Le quatre-vingt-quatorzième jour, la guérison était complète. Il était survenu douze attaques d'épilepsie pendant la durée du traitement.

OBS. XI. — *Aliénation mentale. — Brûlure volontaire de*

la main droite au cinquième degré. — Guérison des deux maladies. — Clinard, âgée de trente ans, domestique, bien réglée et d'une bonne constitution, fut atteinte d'aliénation mentale par suite de chagrins violents. Un traitement actif la ramène à la raison, mais elle conserve de la tristesse et de l'abattement. Elle quitte le pays qu'elle habitait pour venir à Paris. Ses maîtres s'aperçurent aussitôt de ses dispositions intellectuelles; on la traitait de folle, et déjà on la menaçait de la renvoyer. Se trouvant seule dans la soirée du 7 novembre, elle fait un très grand feu dans le poêle de la cuisine et y place sa main sur les charbons ardents. Le hasard amène quelqu'un près d'elle : elle paraît très agitée, mais ne change point de position. Ces circonstances et l'odeur de chair brûlée qui remplissait la cuisine révélèrent la démence de cette malheureuse. Ce n'est pas sans peine qu'on parvint à l'arracher du foyer et à la conduire à son lit. Elle pousse des cris aigus toute la nuit et demande qu'on abrège ses jours, puisque seule elle ne peut y parvenir. Le lendemain on la conduit à l'Hôtel-Dieu.

La main droite paraît rôtie jusqu'aux os : partout on trouve des escarres noires, dures, épaisses et séparées les unes des autres seulement par quelques crevasses qui ne donnent point de sang ; sur la face dorsale, elles ne s'étendent que jusque vers le milieu des métacarpiens; l'autre partie de la main est couverte d'une large phlyctène remplie de sérosité. Un cercle d'un rouge vif entoure le poignet. L'articulation radio-carpienne conserve la liberté de ses mouvements ; les doigts et le pouce sont fléchis sur la main ; deux de leurs articulations, l'une de l'annulaire et l'autre du petit doigt, sont ouvertes. La malade est dans une agitation extrême, la face animée, les yeux immobiles, le délire continu ; on est obligé de la contenir par la camisole de force (saignée générale, pédiluves sinapisés, pansement avec du linge troué, enduit de cérat, vaste cataplasme qui enveloppe toute la main, ouverture des phlyctènes sans déchirer l'épiderme). Le troisième jour de l'accident, même état (quinze sangsues sur chaque apophyse mastoïde, pédiluve, lavements). Le qua-

trième jour, point d'amélioration (séton à la nuque, lavement purgatif). Le septième jour le travail éliminatoire s'avance; les escarres de la paume de la main et de la face dorsale des doigts commencent à se détacher; on espère que les tendons ne seront pas tous détruits; le pus qui s'écoule en petite quantité est fétide (on continue les cataplasmes et on prescrit deux manuluves par jour).

Le dix-huitième jour, les cris et les vociférations de la malade ont cessé; elle chante à demi-voix, parle bas, et si on excite fortement son attention, elle répond.

Le trente-huitième jour, l'aliénation mentale est complètement dissipée; depuis quarante-huit heures la malade s'afflige de ce qui lui est arrivé, mais elle ne se souvenait de rien, et son étonnement fut grand lorsqu'on lui apprit toutes les circonstances de sa maladie. L'étendue de la brûlure est définitivement fixée. Les dernières phalanges des doigts auriculaire et annulaire sont tombées, ainsi que les escarres. Sur quelques points la cicatrisation commence à se faire; de très petites portions de tendons frappées de mort ont été enlevées avec les pinces à pansement; la flexion des doigts est moindre. On les a placés sur une palette pour en obtenir progressivement l'extension, et l'on a soin de les panser individuellement, afin d'éviter les adhérences qu'ils contracteraient infailliblement entre eux.

Depuis cette époque aucun accident n'est venu entraver la guérison, la cicatrisation s'est opérée lentement; plusieurs fois on a été obligé de cautériser les plaies avec le nitrate d'argent fondu. Elle était entièrement achevée le 20 février, cent trois jours après l'accident; aucun indice d'aliénation mentale ne s'était représenté, et le 5 mars suivant la malade sortit de l'hôpital, complètement guérie. On lui recommanda de porter long-temps encore le séton qu'elle avait à la nuque.

Obs. XII.—*Brûlures du premier au sixième degré, au côté gauche de la face; au cinquième degré, à la partie externe de l'épaule gauche.—Destruction d'une portion de la parotide.—Fistule salivaire.—Nécrose d'une partie de l'os de la pom-*

mette et de l'arcade zygomatique.—Guérison.—Une portière âgée de quarante ans, mal réglée, sujette à des étourdissements, était assise, dans la soirée du 4 avril, près d'un poêle en fonte, fortement chauffé avec du charbon. Elle ne peut dire ce qui lui est arrivé ; mais il est probable qu'ayant été asphyxiée, elle est tombée sur ce poêle contre lequel l'épaule gauche et la face du même côté seront restées appliquées. Ce ne fut qu'après un temps plus ou moins long qu'elle fut retirée de cette position, dans un état complet de stupeur qui était dissipé le lendemain lorsqu'elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu.

Deux brûlures profondes existaient aux régions indiquées; la première s'étendait, en hauteur, depuis l'arcade zygomatique jusqu'à la base de la mâchoire inférieure, en comprenant l'angle externe des paupières, et, en travers, depuis la commissure des lèvres jusqu'au conduit auditif. Toutes les parties molles existantes dans l'intervalle de ces quatre points, étaient transformées en une escarre noire, dure, sonore, fendillée à sa surface, qui paraissait formée aux dépens de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, d'une partie de la parotide, et s'étendre jusqu'aux os. Une rougeur vive la circonscrivait. Les commissures des lèvres et des paupières étaient tirées en arrière et à gauche. La seconde brûlure occupait la région deltoïdienne gauche; toute sa surface était scarrifiée, noire, et M. Dupuytren jugea que la désorganisation devait aller jusqu'au muscle. La malade avait de la fièvre, le reste de la face très rouge, de la céphalalgie, et elle éprouvait de vives douleurs dans celles des parties brûlées qui n'étaient pas frappées de mort (saignée copieuse, pédiluves sinapisés, lavements, potion calmante, diète). Peu de changement les premiers jours ; le pouls conserve de la fréquence (nouvelle saignée).

Le cinquième jour, la malade dit éprouver à la partie interne de la joue la sensation d'un corps sec et dur. Il pouvait se faire que l'escarre eût détruit toute l'épaisseur des parties molles ; mais en introduisant le doigt dans la bouche on reconnut que la membrane muqueuse était intacte.

Le sixième jour, le travail éliminatoire commence; on remarque qu'un cercle d'un rouge vif sépare les parties vivantes des parties mortes; une légère suppuration s'établit et la circonférence des escarres se détache.

Le huitième jour, fièvre considérable, tuméfaction des paupières, apparition d'un érysipèle à la face, délire (vingt sangsues au col, cataplasmes émollients). Le délire cède, l'érysipèle tend à la résolution. Le douzième jour, les accidents étaient presque complètement dissipés. L'escarre de la joue était déjà détachée dans une grande étendue.

Celle de l'épaule tombe vers les premiers jours de mai; c'est-à-dire au bout d'un mois environ; il n'y restait plus alors qu'une large surface couverte de bourgeons charnus d'un bon aspect; un pansement simple, quelques cautérisations obtinrent la guérison complète de cette brûlure pour le commencement de juillet.

Mais du côté de la joue, les progrès ne furent pas aussi rapides : l'escarre ne fut complètement détachée que le 16 mai. On vit alors à nu une portion de la pommette et de l'arcade zygomatique, frappée de mort, ainsi que la parotide dont une partie avait été détruite; pendant les pansements il s'écoulait de la plaie un liquide inodore, transparent, filant, dont la quantité augmentait par la mastication : c'était de la salive; dans l'intervalle des pansements les pièces de l'appareil en étaient imbibées. Cette circonstance ne parut pas à M. Dupuytren devoir aggraver la position de la malade, et il annonça qu'on parviendrait à guérir cette fistule par la cautérisation.

Le 20 mai, les parties osseuses, nécrosées, paraissent assez mobiles pour pouvoir être extraites. Une spatule, employée en guise de levier, sert à détacher une portion de la pommette et de l'arcade zygomatique qui étaient encore articulées ensemble. Un peu de sang s'écoule après cette opération.

A partir de ce jour l'étendue de la plaie diminue progressivement, mais l'écoulement de la salive persiste. Il faut bien remarquer qu'il avait lieu par la parotide ulcérée et

non par le conduit de Stenon. On pratiqua une première cautérisation, le 23 mai, avec le nitrate de mercure.

Le 28, la malade s'aperçoit qu'elle perd moins de salive. Deux autres cautérisations sont faites les 2 et 5 juin : diminution nouvelle de l'écoulement. M. Dupuytren emploie ensuite la compression exercée sur le point de la glande qui fournit le liquide; la plaie n'a plus que la largeur d'une pièce de 5 fr.

Le 9 juin, la salive ne coule plus que par gouttes; enfin, le 29 juillet, la brûlure et la fistule sont complètement guéries. Il reste à la malade une large cicatrice rayonnée, avec enfoncement, une paralysie d'une partie de la joue, et une torsion en arrière de la commissure des lèvres et de l'angle externe des paupières. La cicatrice était finie, rouge, et paraissait toute vasculaire. La malade sortit de l'hôpital le 30 juillet. Mais, un mois après, la cicatrice se déchire au point correspondant à l'ancienne fistule; la salive s'écoule de nouveau par cette voie. Revenue à l'hôpital, elle est soumise au même traitement, à la cautérisation et à la compression, et elle sort de nouveau guérie au bout de trois semaines environ.

Obs. XIV.—*Brûlure au quatrième degré de tout le membre supérieur droit.—Suppuration abondante.—Déviation des règles par la plaie.—Guérison.*—Une cuisinière de dix-huit ans, bien réglée et d'une bonne santé, s'endort le soir du 23 août près d'une chandelle. Celle-ci tombe sur son bras droit et enflamme la manche de sa robe. Réveillée par la douleur, elle jette des gris aigus, parvient à se débarrasser de ses vêtements, et perd connaissance. Transportée dans son lit, elle reprend ses sens et éprouve de vives douleurs. On appelle un chirurgien et il reconnaît une brûlure grave de l'extrémité supérieure droite, qui s'étendait depuis le deltoïde jusqu'aux doigts : les escarres les plus profondes occupaient l'avant-bras et la partie inférieure et postérieure du bras; la main présentait des phlyctènes remplies de sérosité; il en existe aussi quelques unes à la main gauche.

On fait une saignée au bras. La malade est mise à l'usage

des émollients, et les brûlures sont pansées avec beaucoup de soin, au moyen de linges fins troués, enduits de cérat.

La période d'irritation et le début du travail éliminatoire se passèrent sans accident grave. Mais après la chute des escarres, la suppuration devint si abondante, que l'on craignait de voir succomber la malade à l'épuisement. On soutint les forces par l'administration du quinquina en boissons et en lavements. Bientôt le membre tout entier, excepté la main qui guérit promptement, ne présenta plus qu'une plaie d'un rouge vif. On redoubla de soins, tant pour les pansements que pour l'emploi des moyens internes; la malade montrait beaucoup de courage et de docilité, l'état général devint très satisfaisant; mais la cicatrisation faisait des progrès extrêmement lents, et la malade vint à l'Hôtel-Dieu le 11 octobre suivant, le quarante-cinquième jour de l'accident.

La plaie était encore considérable, vivement enflammée dans presque toute son étendue, et la suppuration abondante; de nombreux bourgeons charnus dépassaient le niveau de la peau; dans le voisinage et au pli du coude existait déjà un tissu cutané de nouvelle formation. M. Dupuytren prescrit des bains entiers, l'application de cataplasmes émollients larges et épais, et le repos au lit. Depuis l'accident, les règles n'avaient pas reparu.

L'inflammation se dissipa bientôt. On fit alors le pansement avec du linge troué, chargé d'une couche épaisse de cérat frais, des plumasseaux de charpie appliqués par-dessus, des compresses longues faciles à renouveler; chaque jour aussi la plaie était touchée avec le nitrate d'argent fondu, mais partiellement et sur une petite surface, afin de ne pas rappeler l'inflammation; enfin, on prenait toutes les précautions possibles pour lui éviter le contact de l'air.

Un mois après, une grande amélioration s'était opérée, et déjà une cicatrice assez large et de bonne nature s'était formée à la face postérieure du membre.

Le 16 décembre, la malade eut de la fièvre; la plaie changea d'aspect, devint rouge, et se couvrit de caillots de sang altéré, qui avait la couleur et l'odeur du sang menstruel.

L'apparition de ce phénomène coïncidait avec l'époque ordinaire des règles, qui, nous l'avons dit, n'avaient pas reparu depuis le commencement de la maladie. On s'empressa d'appliquer, pendant plusieurs jours, des sangsues en petit nombre à la vulve. La fièvre se dissipa bientôt; la plaie ne donnait plus de sang et avait repris sa couleur vermeille. Mais cette irritation d'un nouveau genre vint considérablement augmenter la suppuration qui ne diminua qu'au bout de neuf à dix jours. Depuis ce moment, la cicatrisation reprit son cours, tout en continuant de se faire lentement; le 15 avril de l'année suivante, il restait encore une plaie de deux pouces carrés environ à la partie interne de l'avant-bras. Du reste, cette jeune fille se portait très bien, avait bon appétit, et jouissait d'un parfait sommeil. L'écoulement de sang par la plaie s'était renouvelé deux fois, les règles ne s'étaient pas rétablies, et on y suppléait par des émissions sanguines.

Le phénomène de l'écoulement des règles par une plaie du bras, résultant d'une brûlure, est trop remarquable, dit M. Dupuytren, pour que je néglige l'occasion de vous en entretenir quelques instants. La menstruation est une des fonctions les plus simples : elle se réduit à une exhalation sanguine. Il n'est donc pas de toute rigueur qu'il existe un organe spécial pour son accomplissement ; dans tout l'organisme, il y a des exhalants, ou, si l'on veut, des tissus perméables au sang, lorsque survient le *molimen*. Autre chose a lieu pour les sécrétions : cette fonction s'accomplit au moyen d'organes spéciaux dont la structure se complique à mesure que les humeurs qu'elle sépare du sang s'éloignent davantage des caractères de ce fluide. Ici, ce sont des follicules muqueux dont l'organisation consiste en un simple faisceau vasculaire et une parcelle d'un tissu particulier; on n'y découvre pas encore des nerfs. Là ce sont des cryptes à organisation plus complexe, formés d'une espèce de tissu érectile, et d'un épanouissement d'un filet nerveux; on y voit déjà les rudiments d'un conduit excréteur. Enfin, ces cryptes s'agglomèrent et constituent ce qu'on appelle des

glandes, qui diffèrent encore entre elles. Mais ne pénétrons pas plus avant dans les détails anatomiques. Il résulte de ce qui précède, que les sécrétions sont des fonctions complexes, ne pouvant se faire qu'au moyen d'une organisation spéciale plus ou moins compliquée, et les exhalations, au contraire, des fonctions très simples qui peuvent se faire partout, parce que partout il y a des tissus exhalants ou perméables.

La nature peut donc se permettre, à l'égard de ces dernières, des aberrations qui ne pourraient pas avoir lieu pour les sécrétions. Aussi voyez combien sont rares leurs déplacements, et combien il est difficile au médecin de les suppléer. La peau supplée quelquefois les urines, mais toujours imparfaitement; on ne peut pas *uriner* tout-à-fait *par la peau*. On peut avoir, au contraire, une menstruation par la peau et par toutes les surfaces tégumentaires. Les interstices des organes de femmes doivent être souvent le siége d'un molimen, et alors le sang étant loin des surfaces et ne pouvant être versé au-dehors, il se combine avec les tissus et produit des inflammations plus ou moins dangereuses.

Si la menstruation peut se faire à travers tous les tissus de l'économie, supposés dans l'état normal, il semble qu'elle devrait se faire bien plus facilement par des tissus plus ou moins enflammés, et placés dans les conditions les plus favorables pour appeler à eux le *molimen hemorrhagicum*. Cependant il n'en est pas ainsi : la modification organique qui constitue l'inflammation n'est pas du tout propre à l'exhalation sanguine; elle ne l'est pas surtout à appeler une exhalation physiologique, à remplacer une fonction naturelle. Ceci ne s'accorde guère avec l'opinion de ceux qui veulent que la maladie en général soit une exagération de la santé, et l'inflammation, l'excitation portée au *summum*. La menstruation par la surface d'une plaie est donc un phénomène extrêmement remarquable, puisqu'il faut que la nature se trompe deux fois pour qu'elle ait lieu.

Nous aurions désiré terminer cet article par un tableau statistique établi sur une grande échelle, duquel on eût pu déduire quelques propositions générales qui n'auraient pas

été sans intérêt, et comparer la fréquence des brûlures suivant l'âge et le sexe des individus, le siége qu'elles occupent suivant leurs différents degrés, leurs causes de mort, les résultats du traitement. Obligés, malgré nous, à borner ce travail à une seule année, nous avons choisi celle de 1828, qui a été l'une des plus fécondes en affections de ce genre. Les éléments de l'état, suivant nous, ont été communiqués, ainsi que plusieurs des observations que nous avons rapportées, par notre excellent confrère, M. le docteur Fournier, alors élève interne à l'Hôtel-Dieu.

Nombre de malades affectés de brûlures et traités à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1828.		50
Sexe.—Hommes.		10
	Femmes.	40
Age. — Agés de moins de 5 ans.		2
	de 8 à 10	1
	de 10 à 20	8
	de 20 à 30	14
	de 30 à 40	9
	de 40 à 50	8
	de 50 à 60	6
	de 60 et au-dessus.	2

Siége.—Dans la plupart des cas, la brûlure affectait à la fois différentes régions; chez plusieurs malades, elle occupait la presque totalité de la surface du corps. En considérant individuellement la brûlure sur chaque région, on a le résultat suivant :

Brûlures de la tête.		8
	du cou.	4
	de l'extrémité supérieure droite. . .	7
	de l'extrémité supérieure gauche. . .	16
	du thorax.	13
	de l'abdomen.	9
	de l'extrémité adbominale droite. . .	33
	de l'extrémité abdominale gauche . .	23

Ainsi, en supposant le corps divisé en deux moitiés, l'une

supérieure, de la tête à l'épigastre, et l'autre inférieure, de l'épigastre aux pieds, on a :

Brûlures	de la moitié supérieure du corps. . .	48
	de la moitié inférieure du corps. . .	65

Mais ces résultats doivent être, par plusieurs causes, très variables.

Degrés des brûlures.—Chez plusieurs malades, on a constaté d'une manière distincte les six degrés; chez d'autres, les différentes nuances se confondaient; chez le plus grand nombre, les différents degrés étaient réunis, du plus faible au plus considérable, par deux à deux, trois à trois, etc. Ce qui donne :

Brûlures	au 1er deg.	(rubéfaction).	37
	au 2e	(vésication)	41
	au 3e	(escarres du corps muqueux). .	20
	au 4e	(escarres de l'épaisseur de la peau.)	4
	au 5e	(escarres jusqu'aux os) . . .	2
	au 6e	(combustion totale d'une partie).	1

Résultats du traitement. — Ces résultats ont été très heureux :

Individus	guéris	34
	morts	6

Cause de mort.—De ces derniers, *trois*, dont deux enfants de trois ans et demi, ont succombé à un *excès de douleur* (période d'irritation). — *Deux*, à des phlegmons diffus et à des symptômes cérébraux, pendant la période d'élimination. — *Un*, aux suites d'une suppuration excessive et aux symptômes d'entérite.

Il est démontré par l'observation, dit M. Dupuytren, que la nature a deux procédés à son usage pour arriver à la guérison des solutions de continuité. Quelles que soient l'étendue de la plaie et la nature des tissus aux dépens desquels elle a été produite, pourvu que le travail réparateur n'excède pas les forces de l'individu, il se fait sur toute sa surface un mouvement inflammatoire qui tend incessamment à en rapprocher les bords, à les mettre en contact, et qui les agglu-

tine ensuite à l'aide d'une couche de lymphe coagulable : celle-ci s'étend en nappe et s'interpose entre eux, s'organise promptement, devient celluleuse, puis fibreuse, et rétablit ainsi, par une adhésion solide, la continuité qui avait été interrompue. Cette membrane disparaît elle-même au bout d'un certain temps, et alors il ne reste d'autres traces de la lésion qu'une ligne plus ou moins apparente, qui finit souvent par disparaître entièrement. C'est à l'ensemble des phénomènes qui se passent dans ces sortes de cas, que l'on a donné le nom de *réunion immédiate* ou *par première intention*.

Mais toutes les fois qu'il existe une perte de substance considérable, ou que, pour des motifs que ce n'est pas ici le lieu d'apprécier, l'art l'oppose à ce premier mode de guérison, d'autres phénomènes plus nombreux et bien autrement compliqués se présentent : la nature crée et organise un tissu nouveau destiné à remplacer les tissus détruits et à remplir leurs fonctions. Ce travail s'annonce par le développement de nombreuses végétations qui s'élèvent de toutes parts et viennent à la rencontre les unes des autres, en procédant de la circonférence vers le centre, et du fond vers le sommet de la plaie. Il en résulte un tissu de nature particulière, fibro-celluleux, que quelques auteurs modernes ont appelé *inodulaire*, et que nous avons désigné par le nom de *tissu de cicatrice*. Nous vous en exposerons plus loin les principaux caractères ; la connaissance en est d'une grande utilité en thérapeutique chirurgicale. Si ce travail de reproduction s'opère d'une manière régulière, et que la perte de substance soit entièrement, ou à peu de chose près, réparée, on aura un produit que nous avons appelé *tissu* de cicatrice *étalé*, parce qu'il représente avec plus ou moins d'exactitude les tissus détruits, par son étendue, ses dispositions et les fonctions qu'il est appelé à remplir. Dans le cas contraire, il détermine des difformités, des liens, des brides, des adhérences, des cicatrices vicieuses en un mot, et de là la perte partielle ou entière des mouvements d'une partie ou même de la totalité d'un membre.

Les résultats de la cicatrisation, que nous venons d'indiquer, continue M. Dupuytren, peuvent se présenter dans tous les cas où la brûlure a produit une perte de substance, une désorganisation, mais sous des formes et à des degrés différents suivant la profondeur ou l'étendue de cette désorganisation. Nous sommes donc conduit à examiner avec vous quelle est la méthode de traitement qui est applicable dans chacun des degrés de la brûlure, pour arriver au but que l'on se propose.

Premier degré. — Le calorique agit de deux manières sur nos tissus, pour déterminer la brûlure au premier degré. Vous n'avez pas oublié ce que nous avons dit à cet égard dans nos premières leçons. Son action, plus ou moins vive, est instantanée, et elle donne lieu à tous les phénomènes qui constituent un véritable érysipèle : congestion sanguine à la surface cutanée qui en a été atteinte, rougeur, douleur cuisante, etc. : c'est la *brûlure* du premier degré *à l'état aigu*. Mais il n'y a ni solution de continuité, ni perte de substance, et partant point de cicatrice, point de soins à donner pour diriger la cicatrisation. C'est donc à tort que l'on a prétendu récemment qu'il pouvait en résulter une union réciproque des surfaces dermoïdes en contact, et des adhérences, par exemple, entre les doigts ou les orteils. Ainsi nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Dans d'autres circonstances, le calorique exerçant une action lente, continue, très prolongée, comme chez les femmes qui font un usage habituel de chaufferettes, chez les vieillards et les convalescents toujours assis auprès du feu, chez les artisans de plusieurs professions, tels que forgerons, boulangers, cuisiniers, fondeurs, verriers, etc. ; le calorique, disons-nous, produit dans ces cas différentes lésions de la périphérie des parties, telles que la flétrissure, des vergetures, des marbrures, des varices, même la chute de l'épiderme, etc., qui doivent plutôt être mises au nombre des difformités, et dont il sera question lorsque nous traiterons de cette dernière partie de notre sujet. Ces résultats de l'action du calorique constituent ce que nous appelons *l'état chronique de la brûlure* au premier degré.

Deuxième degré. — Vous savez déjà, continue M. Dupuytren, que ce degré consiste dans une vésication, dans la formation de phlyctènes plus ou moins étendues. L'épiderme est détaché du corps muqueux et il doit tomber. Il y a déjà perte de substance, et il se fera par conséquent un travail de reproduction. Mais ce travail s'opère de trois manières, c'est-à-dire sans suppuration, avec une suppuration légère et de très courte durée, ou enfin avec une suppuration longue et abondante. Il est très important de bien distinguer ces trois marches de la maladie, car chacune d'elles présente des résultats divers, d'où découlent autant d'indications différentes.

Dans beaucoup de cas, lorsque l'épiderme qui forme la vésicule, bien que détaché, n'a pas été enlevé, mais est resté appliqué sur le corps muqueux, après l'écoulement de la sérosité, il n'y a point de suppuration ; un nouvel épiderme se développe aussitôt sous l'ancien, avec une promptitude variable, suivant les individus, quelquefois en vingt-quatre heures, d'autres fois en deux, trois, quatre, cinq jours, et même plus. Il ne reste alors d'autres traces de la brûlure qu'une rougeur plus ou moins prononcée, qui se dissipe en général du douzième au trentième jour. Cette heureuse terminaison est en tout semblable à celle d'un vésicatoire volant, c'est-à-dire, que l'on supprime immédiatement après la formation et l'ouverture de la cloche. Le corps muqueux n'étant point altéré par la suppuration, la couleur naturelle de la peau est conservée. En effet, chez le nègre atteint d'une brûlure au deuxième degré, qui se termine de cette manière, ou sur lequel on a appliqué un vésicatoire que l'on n'a pas fait suppurer, la peau reste noire comme auparavant, et chez le blanc il ne se fait aucun changement dans la coloration primitive de cet organe. Nous verrons qu'il en est tout autrement dans les autres modes de guérison dont nous allons parler.

Lorsque l'action du calorique a été un peu plus intense, ou que, toutes choses égales d'ailleurs, l'épiderme a été enlevé par accident ou par ignorance, et le corps muqueux mis

à nu, une inflammation plus ou moins vive s'empare de ce dernier, et l'on observe deux ordres de phénomènes : ou il survient, après un écoulement de sérosité pendant quelques jours, une suppuration peu abondante, de courte durée, sans altération notable du corps muqueux, et alors les résultats diffèrent peu de ceux indiqués pour le cas précédent; la plaie se dessèche, une pellicule mince, élément du nouvel épiderme, s'étend sur elle, et les traces de la lésion sont effacées ; ou bien il se déclare une suppuration abondante qui, abandonnée à elle-même, et chez beaucoup d'individus, malgré les soins les mieux entendus, persiste pendant un temps fort long, quelquefois pendant des mois entiers. Suivons la succession des phénomènes qui se manifestent dans cette dernière marche de la maladie dont nous avons vu de fréquents exemples.

Voici, dit M. Dupuytren, les effets de cette longue et abondante suppuration ; ils ne diffèrent en rien de ceux qui ont lieu lorsqu'un vésicatoire a été fort long-temps entretenu: ou le corps muqueux est complètement détruit, ou bien il est profondément altéré dans son organisation ; d'autres fois encore il est détruit sur quelques points, et conservé, mais altéré sur d'autres. Dans le premier cas, le désordre est arrivé jusqu'au chorion, la brûlure a passé au troisième degré, et la marche de la cicatrisation est la même que dans ce dernier, dont nous vous entretiendrons bientôt. Dans le second cas, la matière colorante devient ordinairement beaucoup plus foncée que dans l'état naturel. De là ces taches jaunes, fauves ou brunes que présentent les cicatrices après la guérison, taches qui ne s'effacent jamais, ou que le temps ne modifie généralement que d'une manière à peine sensible. Chez le nègre, la coloration de la peau est alors beaucoup plus foncée que dans l'état naturel. Enfin, dans le troisième cas, la surface du chorion végète inégalement dans tous les points où le corps muqueux a été complétement détruit, les végétations sont quelquefois très considérables, et de là des inégalités plus ou moins saillantes qui persistent sous le nouvel épiderme, et donnent lieu à des colonnes plus ou moins

nombreuses et entrecroisées en sens divers. La cicatrice présente alors un aspect en quelque sorte bigarré : le tissu muqueux ne se reproduisant pas ou ne se reproduisant que très imparfaitement sur les points où il a été détruit, les colonnes ou saillies qui en sont résultées ont une couleur blanche, tandis que les points de la peau correspondants à ceux où le corps muqueux n'a été qu'altéré, ont une teinte plus ou moins brune.

La connaissance de ces faits constatés par l'expérience, ajoute le professeur, ne forme pas seulement la base des indications que le chirurgien doit remplir, et du pronostic qu'il aura à porter relativement à la cicatrice, mais encore elle lui fournira d'utiles applications dans la pratique en général. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, lorsqu'on est dans la nécessité d'appliquer un vésicatoire à demeure sur une partie du corps, surtout chez une femme, comme au cou, au bras, etc., on saura qu'on ne doit entretenir la suppuration que pendant le temps qui ne permet pas à la cicatrice de laisser des traces. Si l'état de la maladie exigeait que ce vésicatoire fût conservé pendant fort long-temps, on aurait soin de le porter tantôt sur un point, tantôt sur un autre. C'est ainsi que nous avons promené des vésicatoires sur diverses régions du corps de jeunes personnes pour des maladies qui en indiquaient impérieusement l'usage, et que nous en avons obtenu l'effet désiré, tout en leur épargnant le désagrément de cicatrices apparentes.

D'après cet exposé, continue M. Dupuytren, vous comprenez déjà quelle doit être la conduite du chirurgien dans le traitement de cette espèce de brûlure. Il est évident qu'il devra réprimer par tous les moyens convenables, les émollients, les résolutifs, la saignée même, s'il était nécessaire, une inflammation qui dépasserait les limites ordinaires ; bien se garder d'appliquer sur les parties malades des topiques irritants, et d'enlever l'épiderme détaché, ainsi que nous l'avons déjà recommandé ailleurs ; empêcher que la suppuration ne s'établisse, ou enfin, si elle existe, chercher à la supprimer le plus promptement qu'il sera possible. Mais si

on est appelé à une époque où déjà la plaie suppure depuis long-temps, ou si, malgré les soins les plus rationnels, on n'a pu parvenir à arrêter la suppuration, ce que nous avons souvent observé, et que le corps muqueux soit profondément altéré ou détruit, d'autres moyens deviennent nécessaires. Le chirurgien devra détruire, réprimer, égaliser les végétations qui se développent, à l'aide de cautérisations avec le nitrate d'argent, que l'on promène souvent sur la surface de la plaie; celle-ci sera pansée avec des compresses de linge fin, troué et enduit de cérat; on fera usage de substances dessiccatives propres à accélérer la cicatrisation; des lames de plomb, par la compression égale qu'elles exercent, pourront encore être d'un grand secours. Par ce traitement, on obtiendra une cicatrice unie, plane, exempte de toute difformité. Mais le plus ordinairement tous les moyens sont inutiles pour effacer les taches de couleur variée, fauve, jaune ou brune, qui sont le produit d'une altération profonde du corps muqueux qui n'a pas été détruit. Le temps seul y apporte quelquefois un léger changement.

Troisième degré. — Ce degré de la brûlure est caractérisé par la destruction de la totalité de l'épiderme, du corps muqueux et d'une portion plus ou moins considérable du chorion ou derme; mais ce dernier n'est pas détruit dans toute son épaisseur. Remarquez bien, dit M. Dupuytren, cette limite de la désorganisation : c'est par elle qu'on peut s'expliquer la manière dont la cicatrice se forme, et les différences que celle-ci présente avec les cicatrices des degrés suivants. Dans ce cas, en effet, il n'y a pas perforation de toute l'épaisseur du derme, ni par conséquent reproduction d'un tissu cutané complet, comme dans le quatrième degré; il en reste une couche plus ou moins légère, et c'est aux dépens de cette couche que se reproduisent les couches nouvelles de la superficie. Mais voyons comment s'opère ce travail de cicatrisation.

Lorsque l'escarre qui comprend le corps muqueux et une portion de l'épaisseur de la peau est tombée, on voit à la surface de la plaie une multitude de petits points rouges qui

font relief sur une trame blanchâtre. Celle-ci n'est autre chose que la partie du chorion qui n'a pas été détruite ; les points rouges sont formés par le sommet de petits paquets celluleux engagés dans les cavités aréolaires, et qui soutiennent les nerfs, les vaisseaux artériels, veineux et lymphatiques qui s'épanouissent à la surface externe du chorion. Bientôt les points rouges, se multipliant de plus en plus, finissent par faire disparaître entièrement le fond blanchâtre de la plaie, et donnent à celle-ci une couleur rouge uniforme. La cicatrice se fait donc au moyen de ces bourgeons de nature celluleuse, vasculaire et nerveuse, qui, par leur développement progressif, comblent le vide résultant de la chute de l'escarre.

Mais quelque instantanée que soit l'action du calorique, elle ne frappe jamais les tissus à une profondeur parfaitement égale ; cela a lieu pour tous les degrés de la brûlure. Il arrive donc, dans celle au troisième degré, que sur certains points le corps muqueux seul a été détruit, et le chorion très légèrement affecté, tandis que, sur d'autres points, celui-ci aura été atteint très profondément sans être néanmoins complétement perforé. C'est cette inégalité dans la profondeur de la lésion qui explique les inégalités que l'on observe si souvent dans les végétations cellulo-vasculaires dont nous avons parlé. Ces inégalités persistent pendant toute la durée du travail de la cicatrisation, et s'il est abandonné à lui-même, il produit une cicatrice plus ou moins inégale et raboteuse.

On conçoit que tous les moyens thérapeutiques que nous avons recommandés pour le deuxième degré conviennent encore dans celui-ci, et que l'on devra diminuer l'inflammation si elle est trop intense, la suppuration, si, par sa trop grande abondance ou par sa durée, elle menaçait de perforer complétement le derme ; hâter la cicatrisation par des moyens appropriés ; prévenir les adhérences des parties ou l'oblitération des ouvertures naturelles, en s'opposant au contact des premières par l'interposition de corps étrangers, tels que du linge fin enduit de cérat, de la charpie,

et en laissant à demeure, dans les secondes, des tentes, des canules de gomme élastique, ou d'autres instruments adaptés à la configuration de l'ouverture lésée. C'est ainsi que depuis plus de quinze ans, ajoute M. Dupuytren, nous retirons de précieux avantages d'un *naseau d'ivoire* que nous avons imaginé pour introduire dans les narines lorsqu'une portion plus ou moins considérable du nez a été détruite par une brûlure, ou enlevée par l'instrument pour cause d'affection cancéreuse. Il empêche les parois de ces cavités de s'affaisser, de se mettre en contact, d'adhérer entre elles, d'oblitérer le conduit nasal, et rend ainsi la difformité beaucoup moins repoussante.

Pour corriger le développement excessif ou inégal des bourgeons charnus, on fera également un fréquent usage, pendant la durée de la suppuration, de cautérisations avec le nitrate d'argent. Mais une chose qui mérite toute votre attention, c'est la manière dont il faut faire le pansement. Il doit être toujours disposé de telle sorte que le pus soit absorbé par les pièces de l'appareil, et reste le moins possible en contact avec la plaie. Pour atteindre ce but, nous avons l'habitude de couvrir toute la surface de celle-ci avec une compresse percée de trous nombreux et extrêmement rapprochés, et enduite de cérat; d'appliquer par-dessus une couche de charpie sèche, et de maintenir le tout, non avec un bandage roulé, mais avec des bandelettes séparées les unes des autres. De cette manière, le pus passe à travers la compresse fenêtrée, est absorbé par la charpie, et s'il est abondant, il peut encore s'échapper par des intervalles qui séparent les bandelettes. Nous avons journellement l'occasion de nous convaincre de plus en plus des avantages de ce mode de pansement.

Après une suppuration plus ou moins prolongée, les bourgeons celluleux et vasculaires arrivés à leur entier développement prennent peu à peu de la consistance, en commençant par leur base, deviennent de plus en plus fermes, en revêtant la nature fibreuse. Alors il se dépose à leur sommet un épiderme d'abord mince sous lequel s'organise le corps

muqueux, d'un rouge vif, irritable, qui se congestionne très facilement, et devient souvent le siége d'érysipèles. Ce corps muqueux, imparfait, mais dont l'existence est incontestable, est, dans la plupart des cas, privé de pigmentum ou matière colorante. Aussi la cicatrice de la brûlure au degré qui nous occupe est-elle blanche chez le nègre comme chez les autres races colorées, et plus blanche chez le blanc que la peau ordinaire. Dans quelques cas néanmoins le pigmentum se reproduit en totalité et même en plus grande quantité, et donne à la peau une teinte plus ou moins foncée. Un corps muqueux qui est tout entier de nouvelle formation, reste constamment très imparfait, et sa coloration n'est plus la même, ce qui constitue une difformité à laquelle on ne peut remédier. Enfin l'épiderme, d'abord très mince, peu solide et sujet à tomber par écailles, finit, au bout d'un temps quelquefois fort court, par acquérir toutes les propriétés, moins la coloration, de l'épiderme primitif.

Quatrième degré. — Dans les solutions de continuité produites par la brûlure au quatrième degré, il y a destruction complète de toute l'épaisseur de la peau : il existe une véritable perforation de cette membrane, dont il ne reste plus aucune trace; toutes ses couches sont détruites; le tissu cellulaire sous-dermoïdal est à nu, mais intact, ou du moins très légèrement affecté.

La cicatrice de ce degré s'opère de plusieurs manières : 1° ou, après la chute de l'escarre, les bords de la plaie se rapprochent insensiblement et s'unissent; 2° ou ces bords étant maintenus dans leur situation respective, un tissu cutané nouveau se forme aux dépens du tissu cellulaire sous-dermoïdal, et remplace la portion du derme qui a été détruite; 3° ou enfin il y a à la fois rapprochement des bords de la solution de continuité et création d'un tissu cutané accidentel.

Après la chute de l'escarre, le fond de la plaie est formé par le tissu cellulaire; ses bords présentent un cercle rouge, c'est le corps muqueux; au-dessous, et plus profondément, on voit un cercle blanc, c'est le chorion. Ces deux couches

sont plus ou moins inégalement découpées. La surface de la plaie, placée dans l'aire du cercle, est rougeâtre et grenue, à cause des nombreux bourgeons celluleux et vasculaires qui s'y rencontrent. Chaque jour cette plaie se rétrécit; ses bords gonflés s'affaissent et se rapprochent; la peau des parties environnantes cède, se déplace, est plus ou moins tiraillée, suivant l'étendue du vide qui existe. Si cette étendue est trop considérable, la peau étant arrivée à son dernier degré d'extension et de déplacement, il se fait un tissu nouveau qui remplace les tissus détruits. Si au contraire les bords de la plaie parviennent à se mettre en contact, leur adhésion a lieu après une suppuration plus ou moins longue. C'est ce qui arrive encore lors même que la peau ne pouvant céder ni s'étendre, on donne aux parties une situation telle que les bords de la plaie soient mis en contact. Enfin lorsque la disposition de celle-ci ou l'art, dans le but de prévenir des cicatrices vicieuses, s'oppose à ce rapprochement, la perte de substance est encore réparée par la production d'un tissu nouveau doué de propriétés toutes particulières, qui ont été l'objet de longues discussions dans ces derniers temps.

Des exemples feront mieux comprendre encore les distinctions que nous venons d'établir. Supposons une brûlure au quatrième degré de la partie moyenne de la face externe de la cuisse : la guérison aura lieu par suite du rapprochement des bords de la plaie, si l'étendue de son diamètre est en rapport avec le degré de laxité du tissu cellulaire et d'extensibilité de la peau; ou à la fois par rapprochement des bords et par production d'un tissu nouveau, si la peau, après avoir subi toute l'extension dont elle est susceptible, laisse encore à découvert une certaine partie de la plaie. Mais ici on peut tout abandonner aux seules ressources de la nature sans que l'on ait à craindre aucune espèce de difformité; car, d'une part, le déplacement de la peau a des limites qu'il ne peut franchir, et, d'un autre côté, dans quelque position que le malade tienne son membre, il ne peut ni rapprocher ni éloigner les bords de la solution de continuité,

du moins d'une manière assez prononcée pour influer sur la forme de la cicatrice.

Qu'une brûlure très large au quatrième degré ait son siége sur une région où le tissu cellulaire est serré, fort peu abondant, et par conséquent d'une laxité très peu considérable, à l'occiput, par exemple; le déplacement de la peau sera très borné, les bords de la plaie ne pourront être rapprochés ni par les efforts de la nature ni par ceux de l'art, et la cicatrisation se fera par la production d'un tissu accidentel dans toute l'étendue de la solution de continuité, sans qu'il en résulte non plus aucune difformité. Mais il arrive quelquefois, et ce fait est bien digne d'attention, que lorsque cette brûlure occupe une grande surface de la région précitée, le travail de reproduction dépasse les forces de vitalité locale des tissus, et la guérison n'a pas lieu.

Supposons actuellement, continue M. Dupuytren, une destruction de toute l'épaisseur du derme de la face palmaire des doigts et de la paume de la main; la guérison se fera de deux manières : si la main et les doigts sont maintenus dans un état d'extension forcée, la cicatrisation s'opérera tout entière par la création d'un tissu cutané accidentel qui remplacera celui qui a été détruit. Il n'y aura aucun rapprochement des bords de la plaie, et, la cicatrice achevée, les mouvements d'extension et de flexion seront libres comme auparavant. Mais si, par l'inattention du malade, l'ignorance ou la négligence du chirurgien, les doigts et la main sont tenus plus ou moins fléchis, il y aura rapprochement des bords de la plaie, et production d'un tissu nouveau dans cette partie seulement de la solution de continuité qui n'a pas été effacée par le rapprochement. De là une cicatrice trop étroite, la formation de brides ou d'adhérences, et, par suite, flexion complète, et demi-flexion ou quart de flexion permanente des doigts et impossibilité d'étendre les phalanges. De plus, si la cicatrisation s'opérait dans des circonstances telles que les doigts fussent maintenus en contact avec la paume de la main, il en résulterait la fusion des parties, des adhérences intimes et profondes entre elles.

Ce que nous venons de dire relativement aux régions précitées s'applique à toutes celles qui présentent des dispositions analogues. Ainsi, ce qui a lieu à la face interne de la main et des doigts, s'observe également dans plusieurs autres parties du corps, comme au pli du coude, au jarret, à l'aine, au cou; à la face interne du poignet, la main étant fléchie sur l'avant-bras; à la face interne de l'articulation tibio-tarsienne, le pied étant constamment tourné en dedans; à l'abdomen même, le malade se tenant courbé en avant, etc. On conçoit que la brûlure aura les mêmes résultats, mais en sens opposé, si elle affecte les parties dans le sens de leur extension, et que le travail de la cicatrisation soit abandonné à lui-même. La position vicieuse de ces parties déterminerait, par exemple, dans ces cas, le renversement des doigts sur la face dorsale de la main, de celle-ci sur la face externe de l'avant-bras, de la tête en arrière sur la nuque, l'extension permanente de l'avant-bras ou de la jambe sur le bras ou la cuisse, etc., etc., et la perte partielle ou entière des mouvements de flexion.

Cette étroitesse du tissu accidentel ou de cicatrice, qui est un obstacle aux mouvements dans les circonstances précédemment indiquées, devient, lorsque la brûlure a son siége dans le voisinage des ouvertures naturelles, la cause de difformités plus ou moins choquantes, telles que la déviation des lèvres, des paupières, des sourcils, du nez, des oreilles, des joues; le rétrécissement de ces ouvertures, etc. La connaissance de tous ces phénomènes fait sentir combien il est important, dans le traitement de ces lésions, de maintenir les parties dans une position convenable, moyen dont nous parlerons bientôt.

Après avoir vu de quelle manière la cicatrisation s'opère dans la brûlure au quatrième degré, et quels en sont les résultats, nous allons jeter un coup d'œil, dit M. Dupuytren, sur la marche de la cicatrice; nous passerons ensuite à l'exposé du traitement. Ainsi que nous l'avons dit, l'escarre ayant été éliminée, le tissu cellulaire sous-cutané forme le fond de la plaie; la circonférence de celle-ci, taillée d'une

manière irrégulière, est constituée par la peau coupée dans dans toute son épaisseur, qui présente successivement, à partir de ses bords, les signes des trois premiers degrés de la brûlure, c'est-à-dire l'escarre du corps muqueux, la vésication et la rubéfaction. Une suppuration plus ou moins abondante s'établit, et au bout d'un temps variable, le tissu cellulaire sous-cutané végète, forme des bourgeons dits celluleux et vasculaires, d'un rouge plus ou moins foncé. Ils sont d'abord très minces et ne peuvent servir de base à une cicatrice ; mais après un temps qui est quelquefois très long, ils deviennent le siége d'un travail particulier : la substance celluleuse qui entre dans leur composition se durcit, passe à l'état cellulo-fibreux et prend une assez grande consistance. Ce tissu fibro-celluleux constitue le chorion ; une fois produit, le reste de la cicatrice, ou, pour mieux dire, de la peau nouvelle se fait promptement ; un corps muqueux, très incomplet à la vérité, et dépourvu de matière colorante, recouvre le chorion, et se trouve bientôt lui-même recouvert d'un épiderme dont les qualités diffèrent très peu de celles de l'épiderme naturel.

La production de ce chorion accidentel, continue M. Dupuytren, coûte beaucoup à la nature ; elle est très longue à l'organiser, surtout lorsque la plaie est fort étendue : mais aussitôt qu'elle y est parvenue, l'achèvement de la cicatrice se fait avec une promptitude remarquable. On est alors très étonné de voir qu'une plaie qui durait depuis un, deux mois et même plus, sans présenter de changements apparents, guérit tout-à-coup en quelques jours. C'est un fait que nous avons observé, et en particulier chez un jeune homme que vous avez vu l'année dernière dans nos salles, où il avait été reçu pour une tumeur cancéreuse située à la région occipitale.

Cette tumeur avait une base plus large que la paume de la main ; nous en fîmes l'extirpation : la peau qui la recouvrait participant à l'affection cancéreuse, nous dûmes l'enlever entièrement ; une large plaie résulta de cette opération. Ses bords ne pouvaient être mis en contact, d'abord à cause de

leur grand éloignement, et ensuite à cause de l'obstacle invincible que présentait la convexité des os du crâne. La cicatrice ne pouvait donc se faire que par production d'un tissu nouveau; une suppuration abondante eut lieu; des bourgeons celluleux et vasculaires, nombreux et de bonne nature, recouvrirent bientôt la surface de la solution de continuité ; mais celle-ci demeura stationnaire et sans autre changement apparent pendant plus de trois mois. L'abondance de la suppuration n'avait pas diminué, les bourgeons charnus ne se s'affaissaient ni ne desséchaient. Au bout du temps précité, la cicatrisation se fit tout-à-coup presque entièrement, dans l'espace de sept à huit jours. Un érysipèle qui régnait alors épidémiquement à l'Hôtel-Dieu, attaqua les environs de la plaie de ce malade, envahit la cicatrice, qui était presque terminée, la détruisit en la réduisant à ce qu'elle était quinze jours auparavant; mais à peine l'érysipèle fut-il dissipé, que les progrès de la cicatrisation se firent avec une nouvelle activité, et, en six ou huit jours, la cicatrice était presque complète. Il est évident que le travail s'est opéré d'une manière si rapide dans ce dernier cas, parce que le chorion, déjà reproduit, n'avait pas été détruit par l'érysipèle.

Vous connaissez maintenant, dit M. Dupuytren, tous les caractères d'une plaie produite par une brûlure au quatrième degré, les procédés dont la nature se sert pour la guérir, les circonstances qui accompagnent cette guérison, les difformités et les lésions de fonctions qui peuvent en résulter, et enfin les causes de ces difformités et de ces lésions ; il nous reste à vous parler des moyens qui sont à la disposition du chirurgien pour diriger le travail de la cicatrisation, de telle manière que la cicatrice présente le plus exactement possible les tissus détruits.

Le premier moyen, c'est la *position du membre* ou de la partie; vous en avez déjà compris toute l'importance. Mais quelle doit être cette position? Règle générale : il faut donner à la partie une position diamétralement opposée à celle qui favoriserait la cicatrisation de la plaie par le rapprochement

de ses bords. Le but que l'on se propose est d'obtenir une cicatrice de la grandeur et de l'étendue de la peau qui a été détruite, et même d'une plus grande étendue, à cause de la propriété rétractile de ce tissu nouveau.

Ainsi, si la brûlure affecte la face antérieure du pli du coude, on placera le bras dans l'extension forcée, jusqu'à ce que le tissu accidentel soit formé. On tiendra la même conduite dans les cas de brûlure de la face antérieure des doigts, de la main, du poignet, de l'aine, du cou-de-pied, du jarret, etc. Si elle a son siége à la face postérieure du cou, la tête sera assujettie dans un état de flexion sur la poitrine, et maintenue au contraire dans un état de renversement en arrière, si la brûlure est à la face antérieure ou latérale du tronc. Si la solution de continuité existe à la face antérieure du genou ou postérieure du coude, on mettra l'avant-bras ou la jambe dans la demi flexion, et mieux encore dans la flexion entière et forcée. Si le creux de l'aisselle est brûlé, on maintiendra le bras dans l'abduction, et dans l'adduction, au contraire, si c'est le moignon de l'épaule. Du reste, nous ne multiplierons pas davantage les exemples; il est facile de faire l'application de la règle générale à chaque partie du corps.

Mais il est des circonstances où la position est difficile et même impossible à observer; telle est celle où la peau est détruite dans toute la circonférence, et sur une certaine étendue d'un membre. En donnant ici une position, on perd les avantages qui résulteraient d'une autre. C'est le cas alors de prendre un juste milieu, en plaçant le membre dans une situation telle que la cicatrice achevée gênera le moins possible. Ainsi, par exemple, si la brûlure occupait toute la surface de l'articulation radio-carpienne, il conviendrait de placer le poignet dans l'extension plutôt que dans la flexion, parce que la cicatrice qui le maintiendra dans le premier sens sera moins gênante pour l'individu que celle qui le maintiendrait dans un sens contraire. C'est au chirurgien à savoir bien distinguer la conduite qu'il doit tenir dans ces cas embarrassants. On peut encore alors alterner les positions,

et placer l'articulation et le membre tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, à mesure que la cicatrice s'opère, hâter la cicatrisation d'un côté et la retarder de l'autre, etc.

On rencontre souvent des cas, dit M. Dupuytren, où l'on ne peut pas faire ou du moins continuer l'usage des moyens propres à obtenir une bonne cicatrice, sans de graves inconvénients et même sans danger pour la vie des malades. C'est ce qui a lieu surtout lorsque ceux-ci sont menacés d'épuisement par suite d'une longue et abondante suppuration. Loin de retarder la formation de la cicatrice, en obligeant la nature à combler la plaie par un tissu nouveau, il faut au contraire l'accélérer en favorisant le rapprochement des bords et le développement des tissus d'adhésion, en excitant l'inflammation si elle languit, en la modérant si elle est trop intense. Mais il est alors du devoir du chirurgien de prévenir les parents ou les malades eux-mêmes, suivant les circonstances, de la nécessité où l'on se trouve d'en agir ainsi, et de ce qui doit en résulter inévitablement.

Il est encore des régions du corps, continue M. Dupuytren, pour lesquelles on ne peut faire usage de la position, et où il est tantôt impossible, tantôt extrêmement difficile de prévenir des difformités; tel est en particulier le visage. Qu'une brûlure au quatrième degré détruise, par exemple, une portion de la paupière inférieure et de la joue, il sera impossible d'empêcher les bords de la plaie de se rapprocher, et l'on verra la paupière se cicatriser en venant presque joindre la lèvre supérieure. Tel était le cas d'une jeune fille amenée dernièrement chez M. Dupuytren, laquelle avait eu une brûlure profonde dans la région indiquée. Après la chute de l'escarre, la cicatrice s'était faite, malgré tous les efforts du chirurgien, par rapprochement des bords de la plaie; d'où était résultée une difformité telle, que la paupière inférieure s'unissait à la lèvre supérieure. Ce fut avec beaucoup de peine que M. Dupuytren parvint à persuader aux parents que le chirurgien qu'ils accusaient d'incurie, avait été dans l'impossibilité de prévenir cette difformité. Qu'une semblable solution de continuité se présente au front, aux tempes, à

la paupière supérieure, au cuir chevelu, etc., et une difformité analogue en sera le résultat.

Quelque faibles que soient nos ressources, lorsqu'on ne peut faire usage de la position pour empêcher les cicatrices vicieuses et les difformités que les gens du monde ne manquent jamais d'imputer à la maladresse ou à l'ignorance, on ne doit point les négliger. Ainsi, 1° il conviendra de retarder, autant que possible, la chute de l'escarre qui résulte de la brûlure. Celle-ci, en effet, tant qu'elle n'est pas tombée, maintient les bords de la solution de continuité écartés ; un travail de cicatrisation commence sous elle ; l'inflammation qui existe sur les bords de la plaie et qui se propage plus ou moins loin, détermine leur adhérence aux tissus sous-jacents, et, à la chute de l'escarre, ils ont moins de tendance à se rapprocher. Sans être d'une grande importance, cette ressource mérite cependant de fixer l'attention. 2° Lorsque l'escarre est tombée, il faut hâter la cicatrisation de la plaie en la cautérisant fréquemment avec le nitrate d'argent. Ce moyen, dit M. Dupuytren, détermine promptement la formation du tissu cutané accidentel : nous en avons retiré de grands avantages dans nombre de circonstances. Loin de favoriser les difformités en augmentant la quantité du tissu nodulaire, comme quelques personnes le prétendent, ce caustique rend, au contraire, la cicatrice égale, plane, unie et exempte de ces saillies choquantes qui attestent toujours l'impéritie ou la négligence de l'homme de l'art. On aura encore soin de protéger la cicatrice commençante contre les atteintes des corps extérieurs, et d'empêcher que les îlots qui se forment au centre ou à la circonférence de la plaie ne soient corrodés, détruits par le pus, et par conséquent on abstergera souvent celle-ci, et on fera de fréquents pansements.

La position au moyen de laquelle on a obtenu une bonne cicatrice doit être continuée pendant un temps plus ou moins long, quelquefois un mois, six semaines et même plus, après l'entière guérison du malade. La force de rétraction et de coarctation dont jouit le tissu nouveau, force que, du reste,

soit dit en passant, l'on a beaucoup exagérée, pourrait amener un rétrécissement marqué, une étroitesse plus ou moins considérable de la cicatrice et faire perdre en partie le fruit de longues peines. Ce n'est que peu à peu et par degrés que l'on doit soustraire les parties aux positions variées qu'on leur a données, et leur rendre la liberté de leurs mouvements.

Il ne suffit pas de mettre les parties dans une bonne position, il faut encore les y maintenir. De là la nécessité de l'emploi des *bandages*. Les muscles ne peuvent rester dans une continuité perpétuelle d'action pour conserver cette position. Les bandages y suppléent. Ils sont de diverses formes, suivant les parties sur lesquelles ils doivent être appliqués.

Ainsi, par exemple, lorsque la brûlure a son siége à la partie antérieure, postérieure ou latérale du cou, pour tenir la tête inclinée dans un sens ou dans un autre, on fixera des lanières autour de celle-ci par quelques tours de bande circulaires, qu'on attache ensuite à un bandage de corps.

Si la brûlure existe à la face antérieure de l'avant-bras, du bras ou du pli du coude, on maintient le membre dans l'extension forcée, à l'aide d'une attelle placée à la face postérieure, qu'on y fixe par un bandage roulé.

La brûlure affecte-t-elle quelques points de la circonférence du poignet, en avant, en arrière ou sur les côtés? on met le long de l'avant-bras, du côté opposé au lieu de la maladie, un coussin d'une certaine épaisseur, qu'on fait descendre jusqu'au niveau de l'articulation, sans la lui faire dépasser. Par-dessus, on place une attelle assez longue pour aller jusqu'à l'extrémité des doigts, et profitant du vide qui existe entre la main et l'attelle, on fait tenir la première inclinée sur la seconde à l'aide de quelques nouveaux jets de la bande qui a servi à fixer le coussin.

La désorganisation a-t-elle lieu à la paume de la main ou entre les doigts? on étendra la face postérieure de l'avant-bras, du carpe et du métacarpe sur un coussin ou une forte compresse, et on mettra par-dessus une attelle en forme de palette, qui soit assez large pour couvrir toute la main lors-

que les doigts sont fortement étendus et écartés les uns des autres. Cette palette présente, vers les points qui correspondent aux extrémités des doigts, dix ouvertures ou fentes pour donner passage aux chefs de cinq petites bandes, destinées à former autant d'anses dans chacune desquelles on engage l'extrémité correspondante de chaque doigt. Au lieu d'une palette ainsi trouée, on peut se servir avec le même avantage d'une autre palette confectionnée en forme d'une main, avec des prolongements qui représentent les doigts. Pour les diverses autres parties du corps, on établira des bandages sur le plan de ceux que nous venons d'indiquer. Du reste, le chirurgien pourra les varier à son gré, suivant son génie et les circonstances.

Dans les brûlures aux deuxième et troisième degrés, on peut prévenir les adhérences de parties voisines ou contiguës en les tenant écartées par l'interposition de corps étrangers, en les faisant mouvoir, en passant entre elles, à chaque pansement, l'extrémité d'un stylet boutonné; mais dans la brûlure au quatrième degré, ces moyens simples ne sont plus suffisants. Il ne suffit pas, par exemple, de tenir les doigts étendus et écartés, on doit encore agir directement et par une compression plus ou moins forte sur le lieu d'où part la cicatrice. Cette compression s'exerce à l'aide d'une petite compresse longue et étroite dont on applique la partie moyenne sur l'angle que forment les doigts en se séparant, et dont on ramène les chefs de bas en haut, l'un devant et l'autre derrière l'avant-bras où on les fixe. C'est en effet de cet angle que part la cicatrice, et avec une telle tendance à opérer la réunion des doigts de leur base vers leur extrémité, que souvent, lorsque cette seule précaution a été omise, on voit cette réunion s'opérer, malgré les bandages les mieux appliqués et quel que soit le degré d'écartement dans lequel on ait maintenu les parties. La main présente alors un aspect analogue à celui du pied d'un palmipède. Cet exemple suffit pour faire connaître de quelle manière il faudrait se conduire dans les autres cas du même genre.

On comprend, continue M. Dupuytren, que si la brûlure

au quatrième degré affecte la circonférence d'un des orifices naturels du corps, tels que l'ouverture antérieure des narines, celles du vagin, de la bouche, etc., ce n'est plus par une compression semblable à celle dont nous venons de parler qu'on en évitera l'oblitération, mais par une compression exercée de dedans en dehors et par écartement des parois de ces ouvertures, au moyen de mèches de charpie, de tentes, de sondes, de canules, d'éponges préparées, de tubes d'ivoire, etc. Ces soins sont les mêmes que pour les cas de vésication ou de brûlure au troisième degré, mais avec cette différence importante, 1° qu'ils sont d'une nécessité bien plus rigoureuse; 2° que le diamètre de ces corps étrangers doit toujours dépasser celui de l'orifice dans lequel ils sont introduits, 3° et qu'on doit en continuer l'usage long-temps après la guérison, afin de surmonter la force de coarctation dont les tissus de cicatrice sont doués.

Au nombre des moyens destinés à remplir les indications qui nous occupent, on compte aussi les *bandelettes agglutinatives*. Mais autant elles sont efficaces lorsqu'elles croisent une plaie pour en rapprocher les bords, autant elles le sont peu lorsqu'elles sont appliquées pour tenir ces bords écartés l'un de l'autre. Dans le premier cas elles résistent à l'effort qui tend à les allonger; dans le second elles glissent en suivant les téguments avec lesquels elles sont en rapport, et se laissent entraîner comme eux vers le centre de la solution de continuité.

Il est cependant des circonstances où elles peuvent être de quelque utilité; ce sont celles où les brûlures ont attaqué des parties qui, à cause de leurs dispositions naturelles, se soustraient à l'action des autres moyens. Telles sont les brûlures de la face, du front, des tempes, du cuir chevelu, etc. Aussi, il faut le dire, ces brûlures sont-elles, plus souvent que toutes les autres, suivies de difformités par étroitesse des cicatrices.

Cinquième et sixième degrés. Lorsque la brûlure est assez profonde pour avoir compromis les organes du mouvement eux-mêmes, et détruit les muscles ou les tendons, la plupart

des moyens que nous avons indiqués pour les autres degrés deviennent superflus. Le traitement consiste presque tout entier, dans ces cas, à donner au membre ou à la partie une position telle qu'il résulte de la cicatrice le moins de gêne possible pour le malade. Le plus ordinairement, la désorganisation est portée à une telle gravité, qu'on ne peut s'occuper que de sauver les jours du malade en accélérant la cicatrisation par tous les moyens possibles, sans songer aux difformités et pertes de fonctions qui peuvent en être la suite. Dans la brûlure au sixième degré, le chirurgien n'a pas à suivre des règles de conduite qui diffèrent notablement de celles qui sont prescrites pour la cicatrisation des moignons en général.

Il est surtout important d'avoir une connaissance exacte des dispositions physiques et anatomiques que présentent les cicatrices, dit M. Dupuytren, pour être à même de calculer l'étendue des fonctions qu'elles peuvent remplir dans une circonstance donnée, les inconvénients qui en résultent dans telle autre, les résultats probables d'une opération sur le lieu qu'elles occupent à raison de leurs propriétés vitales, de leur profondeur et des affections dont elles sont susceptibles. Les considérations dans lesquelles nous entrerons à ce sujet sont en quelque sorte le résumé des idées éparses dans les leçons précédentes, idées qui seront ici reproduites dans leur ensemble et présentées avec de nouveaux développements.

Les cicatrices, formées d'abord par l'exsudation d'une lymphe plastique et organisable à la surface des bourgeons charnus des plaies qui suppurent, se montrent à leur origine sous la forme d'une pellicule mince, rougeâtre et fragile, au-dessous de laquelle existe encore le tissu cellulo-vasculeux qui s'en est recouvert. A raison de l'affaissement des bords de la solution de continuité et du resserrement des végétations celluleuses, elles sont constamment moins étendues que les pertes de substances qu'elles réparent.

Pendant plusieurs semaines, et quelquefois durant plusieurs mois après leur formation première, elles perfectionnent encore leur organisation. Elles ne s'épaississent et n'ac-

quièrent la densité qui leur est nécessaire pour remplacer le derme détruit que progressivement et par une action organique secondaire, pendant laquelle elles reviennent sur elles-mêmes, diminuent d'étendue, et ramènent encore la peau de leur circonférence vers leur partie centrale ; de telle sorte qu'elles perdent une partie notable des dimensions qu'elles offraient immédiatement après la dessiccation complète de la plaie. Cette rétraction consécutive ne s'arrête que lorsque la cicatrice est devenue blanche, solide, telle en un mot qu'elle sera le reste de la vie. Ce phénomène, souvent observé, commun aux solutions de continuité en général, mais si prononcé dans les cicatrices résultant de brûlures, a été utilisé dans la pratique chirurgicale pour remédier à la flaccidité et à l'excès de longueur des téguments de certains organes, comme les paupières, et pour ramener quelques parties, comme les cils renversés vers le globe oculaire, à leur direction normale.

Les cicatrices sont recouvertes par un épiderme léger, très adhérent et comme brillant, dont l'existence peut être très facilement démontrée par la macération ou par l'application d'un vésicatoire. Au-dessous de cette couche inorganique se rencontre un tissu dense, composé, comme nous l'avons dit ailleurs, de lames fibreuses plus ou moins serrées, entrecroisées dans tous les sens, lequel est l'analogue du chorion. C'est ce corps que nous avons appelé *tissu de cicatrice*, et auquel sont dus les phénomènes de rétraction consécutive dont nous avons parlé. Il n'existe entre ce corps et l'épiderme aucune trace du réseau muqueux, ce qui explique, nous l'avons dit, pourquoi la cicatrice présente, chez les noirs comme chez les blancs, une coloration identique. La trame de ces productions réparatrices ne renferme ni follicules sébacés ni bulbes pileux, alors du moins que toute l'épaisseur de la peau a été détruite. Si, après les plaies très superficielles, quelques poils repoussent à leur surface, ils sont ordinairement rares, blancs et faibles, et cela sans doute parce que la couche muqueuse de Malpighi ne contribue plus à leur nourriture et à leur coloration. Cette absence des

poils et des follicules sébacés produit : 1° un défaut d'abri protecteur que les poils procurent à d'autres parties des téguments ; 2° la sécheresse, l'aridité de la cicatrice, privée du suc huileux qui lubrifie la peau naturelle. De là l'indication de suppléer à l'absence du fluide sébacé par des onctions huileuses, des bains tièdes, gélatineux, etc., afin d'entretenir la souplesse de la peau accidentelle, et de lutter contre la force de rétraction dont elle est douée.

Le tissu de cicatrice n'est percé que d'un très petit nombre de porosités exhalantes ou absorbantes ; aussi leur surface est-elle presque toujours sèche, même lorsque la sueur baigne le reste du corps. On ne rencontre pas non plus à la face interne des cicatrices, nous l'avons fait remarquer dans une leçon précédente, ces cloisons fibro-celluleuses qui, dans l'état naturel, existent au-dessous de la plus grande partie de la peau, et entre lesquelles sont logés les paquets séparés du tissu adipeux. Un tissu lamineux plus ou moins serré et dépourvu de graisse unit la production cutanée nouvelle aux parties sous-jacentes, et celle-ci offre une dépression d'autant plus marquée que, d'une part, la déperdition de substance qu'elle répare a été plus profonde, et que, de l'autre, les parties voisines sont plus abondammeut fournies de cellules graisseuses.

Lorsque la solution de continuité a pénétré jusqu'aux muscles, aux tendons, aux cartilages, aux os, la cicatrice adhère ordinairement d'une manière intime à ces organes, est entraînée par eux en sens divers lorsqu'ils se meuvent, et peut ainsi gêner les fonctions des parties voisines. Elles ne sont libres et mobiles à la surface du tronc ou des membres qu'autant que des lames celluleuses, épargnées au-dessous d'elle par la cause désorganisatrice, ont conservé leur laxité. La dépression est alors d'autant moindre que cette couche celluleuse sous-jacente a conservé plus d'épaisseur.

Un fait remarquable, c'est que toutes les fois que des parties d'organisation différente vont se rendre à une même cicatrice, elles perdent, un peu avant d'y arriver, leur texture propre, et dégénèrent en un tissu fibreux homogène qui se

confond avec la production nouvelle et les fait adhérer à sa surface interne. Cette disposition est surtout remarquable pour les muscles, les tendons, les vaisseaux et les autres organes qui sont compris dans une brûlure au cinquième degré, par exemple, ou qui contribuent à former le moignon du membre détruit par une brûlure au sixième degré.

Nous avons vu dans des leçons antérieures, continue M. Dupuytren, les causes de l'indélébilité de certaines cicatrices, et les raisons pour lesquelles elles conservent, durant toute la vie du sujet, la forme ainsi que les caractères organiques qui leur sont propres. Mais un fait qui doit fixer particulièrement l'attention, parce que la connaissance en est d'une grande utilité dans des circonstances diverses, c'est qu'elles diffèrent d'aspect, et jusqu'à un certain point de texture, selon les causes qui ont déterminé la solution de continuité dont elles sont le résultat. Ces signes, quoique susceptibles de devenir à la longue moins sensibles, ne s'effacent néanmoins presque jamais d'une manière complète. En dépit des années et malgré les changements qui s'opèrent dans l'organisme, l'œil du praticien exercé distinguera toujours les cicatrices produites par les brûlures de celles qui résultent de plaies faites par des instruments tranchants, et les unes et les autres des cicatrices qui succèdent aux ulcères cancéreux, aux dartres, aux érosions syphilitiques, aux abcès scrofuleux, etc. Vous comprenez aisément de quelle importance est, en médecine légale, la connaissance des caractères distinctifs des cicatrices d'origine différente, tantôt pour constater l'identité des individus, tantôt pour définir la nature de la cause qui avait produit la solution de continuité. On ne saurait trop s'exercer à ce genre d'étude; les erreurs dans lesquelles on tomberait à cet égard pourraient avoir souvent des conséquences fort graves.

Le développement de l'appareil vasculaire dans les cicatrices est très variable. Dans les cas les plus communs, elles ne présentent que des ramifications capillaires très déliées et très rares, à travers lesquelles il est bien difficile de faire pénétrer les injections les plus ténues, et qui animent à peine

leur blanche coloration. On a vu des personnes chez lesquelles des cicatrices qu'elles portaient au visage ne participaient point à la coloration qu'y déterminaient une forte chaleur ou des sentiments divers. Il est probable que les cicatrices reçoivent des nerfs, mais en petit nombre. On sait qu'elles ne sont point insensibles à l'impression des corps étrangers, et que, lorsqu'elles s'enflamment, d'assez vives douleurs se font sentir. On sait en outre combien leur susceptibilité est grande relativement aux divers états atmosphériques, et avec quelle fidélité elles annoncent chez beaucoup de sujets, par de douloureux élancements, les variations qui doivent survenir dans les qualités thermométriques et hygrométriques de l'air.

Comme toutes les substances organiques anormales, les cicatrices s'irritent assez facilement, et surtout se détruisent, sous l'influence de l'inflammation, avec une prodigieuse rapidité. Dans la plupart des cas, il suffit de quelques jours et même d'un petit nombre d'heures pour anéantir l'ouvrage réparateur de plusieurs mois, et pour rendre aux solutions de continuité leur étendue première. Mais cette destruction est très souvent superficielle; elle n'attaque pas toute l'épaisseur du tissu de la cicatrice, et la reproduction s'en fait, comme dans l'exemple que nous avons rappelé plus haut, avec une grande promptitude. Du reste, les cicatrices sont en général étrangères à la plupart des exanthèmes, tels que la variole, la rougeole, la scarlatine; on les observe dans quelques syphilides; elles restent pâles au milieu de la phlogose et de l'éruption qui couvrent les parties voisines. Le contraire n'a lieu que dans les cicatrices superficielles, au-dessous desquelles des couches conservées du tissu cutané participent aux propriétés comme aux mouvements inflammatoires de la totalité de la peau. L'adhérence intime des cicatrices aux tissus sous-jacents, et la difficulté avec laquelle elles supportent l'inflammation, ont fait établir en médecine opératoire la règle importante d'éviter de pratiquer, sans une absolue nécessité, aucune section des téguments sur elles ou à leur voisinage immédiat.

Les cicatrices deviennent un motif d'exemption du service militaire toutes les fois qu'adhérentes aux muscles, aux tendons, aux os, elles nuisent à l'exécution des mouvements qui doivent être parfaitement libres chez le soldat. Il en est de même de celles qui maintiennent les paupières renversées, qui déforment les conques des oreilles, qui obstruent des conduits naturels, et gênent ainsi d'importantes fonctions. Enfin, les cicatrices très étendues, telles que celles qui recouvrent des parties considérables des membres ou du tronc, doivent encore, quoique parfaitement libres, faire rejeter les individus qui les portent des rangs de l'armée. Ces larges surfaces de tissu nouveau ne seraient pas soumises sans danger aux frottements prolongés, à une action perspiratrice considérable et soutenue, aux fatigues de tous les genres attachées à cette carrière.

Les adhérences cutanées, continue M. Dupuytren, qui unissent entre elles les parties brûlées, sont d'abord larges, molles, rougeâtres; les changements successifs de texture que subissent les cicatrices qui les produisent les rendent graduellement plus intimes et plus solides. Mais lorsqu'après leur organisation complète les parties adhérentes conservent l'usage de quelques mouvements, elles sont par la suite plus ou moins tiraillées, et s'allongent jusqu'à un certain point au-delà duquel il est absolument impossible d'étendre leur tissu. En même temps que ces modifications dans leur longueur s'opèrent, leur base se rétrécit d'un côté à l'autre, de manière à ce que, au lieu d'occuper de larges surfaces, elles ne présentent plus qu'une lame mince, membraniforme, perpendiculaire aux deux parties quelle réunit et auxquelles elle est fixée par toute l'étendue de son bord adhérent; tandis que l'autre, ordinairement arrondi, est libre, et forme une espèce de corde alternativement relâchée ou roidie, selon que ses extrémités sont rapprochées ou tendent à s'écarter. Analogues aux membranes des palmipèdes, ces brides sont alors définitives, complétement organisées, et ne subiront plus, à moins d'accidents ou d'opérations qui les divisent, de changements dans leur forme et leur étendue. Ce

n'est que lorsqu'elles sont arrivées à cet état de perfection organique que les adhérences, suites de brûlures, peuvent devenir l'objet de tentatives chirurgicales destinées à les détruire. Il n'est pas d'année que nous n'ayons à pratiquer dans cet hôpital un certain nombre d'opérations de ce genre. Nous allons fixer votre attention sur ces faits et sur les principes que nous avons souvent développés à ce sujet dans nos leçons cliniques, et qui justifient les procédés opératoires par nous adoptés.

La cicatrisation des brûlures avec perte de substance, abandonnée à elle-même, donne lieu à une foule prodigieuse de difformités plus ou moins graves et de lésions de fonctions par suite des inégalités, des colonnes, des liens, des brides, des adhérences, des dépressions, des froncements, des modifications dans la couleur naturelle de la peau, etc., qu'elle engendre. Déjà vous avez vu, dit M. Dupuytren, dans nos leçons précédentes, que toutes ces difformités diffèrent grandement entre elles par leur nature, leur aspect, leur étendue et leur influence sur la liberté fonctionnelle des parties, à raison du degré de la brûlure dont elles sont le résultat. Mais avant de vous parler des opérations chirurgicales qu'elles nécessitent et des principes théoriques sur lesquels ces opérations doivent être basées, nous dirons quelques mots des effets que produit sur les tissus vivants de la périphérie une action lente, continue, très prolongée du calorique, ou en d'autres termes, des effets de la brûlure du premier degré à *l'état chronique*.

Nous avons exposé ailleurs dans quelles circonstances et chez quelles personnes on observe les lésions résultant de cette espèce de brûlure. Son premier effet est de déterminer une turgescence, une *congestion sanguine* à la peau. Ce phénomène est suivi, au bout d'un temps plus ou moins long, de la *flétrissure* des parties, qui deviennent molles et ridées. Plus tard, il se manifeste des *vergetures* qui sont permanentes, et qui, rouges d'abord, deviennent ensuite d'un rouge livide, jaunes, cuivrées, ou même brunes. Elles sont le résultat du développement inégal des divers

points du système capillaire cutané. Si les parties sont soustraites à l'action du calorique, ces vergetures sont encore susceptibles de se dissiper d'elles-mêmes ou sous l'influence des bains, des lotions résolutives et astringentes. Mais si cette action du calorique continue, elles se multiplient, s'étendent en sens divers, forment des lignes plus ou moins larges, entrecroisées, qui, en se réunissant, laissent entre elles des espaces, de grandeur très variable, de peau saine et blanche; lignes rouges, livides, jaunes, fauves, brunes, et même quelquefois d'un noir très foncé : en cet état, elles constituent ce qu'on appelle des *marbrures*, dont la durée est beaucoup plus longue, et qui deviennent même ineffaçables quand elles sont anciennes et qu'elles ont acquis une couleur foncée. Dans cette variété du premier degré de la brûlure à l'état chronique, l'épiderme n'est presque pas altéré dans sa composition chimique ni dans sa couleur. Si on verse de l'eau bouillante sur un point de la peau d'un cadavre qui présente ce genre d'altération, on sépare l'épiderme du corps muqueux, et l'on voit que la marbrure persiste sur ce dernier. Il faut nécessairement en conclure que c'est dans le corps muqueux que l'altération a son siége.

Le traitement des marbrures consiste d'abord dans l'éloignement de la cause qui les a produites, et ensuite dans l'emploi long-temps continué de lotions astringentes et résolutives, et particulièrement d'acétate de plomb étendu d'eau. Mais, dans la plupart des cas, ces moyens sont insuffisants. Il est probable qu'en leur adjoignant une compression méthodique, on obtiendrait un plus grand nombre de succès.

Il n'est pas rare de voir cette action lente et prolongée du calorique qui nous occupe déterminer des *varices*. Elles ne demandent pas, dans ce cas, d'autre traitement que celui que l'on a coutume d'employer quand elles sont dues à d'autres causes.

Passons actuellement, dit M. Dupuytren, aux difformités résultant des brûlures avec perte de substance. Vous pourrez juger de leur fréquence et de leurs variétés par le résumé que je vais faire des cas nombreux qui se sont offerts à mon observation.

Chez des malades, nous avons vu tous les téguments de la base du crâne, et avec eux les oreilles et les sourcils fortement tirés en haut par une cicatrice qui s'était faite par rapprochement au sommet de la tête;

Chez d'autres, le sourcil et la paupière supérieure tenus élevés immobiles par une cicatrice placée sur le front;

Chez celui-ci, les paupières bridées, rétrécies et renversées en dehors par des cicatrices situées à la base de l'orbite ou sur leur face antérieure;

Chez celui-là, les commissures palpébrales tirées en dehors ou en dedans par des cicatrices occupant la tempe ou la racine du nez; ou bien l'aile du nez relevée par une cicatrice située au-dessus, l'ouverture antérieure des narines oblitérée;

Chez d'autres encore, la commissure des lèvres attirée en haut, en bas ou en dehors par des cicatrices qui avaient leur siége sur divers points de la joue;

La lèvre supérieure unie à la cloison du nez ou à la paupière inférieure, ou la lèvre inférieure unie au menton et incapable de s'opposer à l'écoulement de la salive au-dehors;

Les oreilles adhérentes aux tempes, leur ouverture rétrécie par la réunion de quelques unes de leurs éminences;

La tête fléchie sur la poitrine par une cicatrice placée à la face antérieure du cou, la saillie du menton effacée, et celui-ci adhérent au cou ou au sommet du thorax;

La peau du cou adhérente au cartilage thyroïde ou à l'os hyoïde, d'où une gêne plus ou moins grande dans la déglutition et un *enrouement* incurable.

La tête inclinée et l'épaule élevée par une cicatrice ayant son siége sur les côtés du cou;

Des seins horriblement déformés chez quelques jeunes filles, n'ayant pu se développer à l'époque de la puberté, ni par conséquent servir à l'allaitement;

Le tronc incliné en avant par des brides qui s'étendaient du thorax à la partie antérieure de l'abdomen;

L'épaule abaissée vers la hanche, et celle ci attirée en haut par une cicatrice occupant la partie latérale du corps;

Le coude appliqué au tronc par une cicatrice au creux de l'aisselle, laquelle se transformait en une bride représentant une sorte de nageoire lorsqu'on essayait de porter le bras dans l'abduction ;

L'avant-bras fléchi sur le bras par une cicatrice, soit de la partie antérieure et inférieure du bras, soit de la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras ;

Le poignet fléchi ou étendu sur l'avant-bras par des cicatrices placées à la partie inférieure de celui-ci ou sur la partie la plus voisine de la main ;

Les doigts fléchis ou étendus et unis entre eux par des cicatrices situées à la paume ou sur le dos de la main, qui semblaient envelopper toutes les parties comme une espèce de gant ;

Le pénis appliqué à la ligne blanche par une cicatrice qui formait, en l'enveloppant, une espèce de fourreau analogue à celui des quadrupèdes, ou incliné latéralement et uni aux bourses par une adhérence anormale ; celles-ci appliquées aux cuisses ;

La cuisse retenue dans la flexion par une cicatrice de l'aine, qui, peu apparente lorsque le membre restait en repos, se transformait en une bride très saillante au moindre mouvement d'extension ;

L'anneau inguinal affaibli par une cicatrice fixée au-devant de lui et une hernie produite par cette cause, avec cette circonstance remarquable qu'une cicatrice placée à côté et qui paraissait à peine quand la cuisse était fléchie, devenait tellement saillante par l'extension du membre, qu'elle s'opposait à l'action du bandage, et qu'on fut obligé de la couper pour pouvoir contenir la hernie ;

La jambe fléchie sur la cuisse par des brides formées sur les côtés du jarret ;

Les pieds renversés en dedans ou en dehors par des cicatrices, suite de brûlures qui avaient eu lieu dans le jeune âge, et qui avaient occupé les côtés correspondants de la jambe et du pied ;

Les orteils renversés sur le cou-de-pied par des cicatrices

développées sur cette partie, ou fléchis par celles qui existaient près la plante du pied, leur pointe ou même leur surface dorsale correspondre au sol, et la marche devenue par cela même tout-à-fait impraticable.

Telles sont, continue M. Dupuytren, les difformités les plus frappantes que j'ai rencontrées dans ma longue pratique, soit en ville, soit dans cet hôpital. J'en ai vu souvent plusieurs espèces différentes réunies chez le même individu. La plupart d'entre elles se sont présentées plusieurs fois à mon observation ; cependant il en est beaucoup qui sont bien plus fréquentes que les autres : les brûlures des mains, par exemple, sont bien plus communes que celles qui occupent d'autres régions, à cause de cet instinct machinal qui nous entraîne à porter ces parties en avant lorsque quelque accident nous menace. Après celles-ci viennent successivement pour la fréquence, d'abord celles des membres inférieurs, et ensuite celles du tronc. Ces résultats d'une observation générale s'accordent assez bien avec ceux que nous avons déduits dans le tableau statistique pour une seule année.

Quelque nombreuses et quelque variées que puissent être les difformités produites par les brûlures, elles se rattachent néanmoins toutes à un petit nombre de chefs. Toutes en effet consistent ou en des cicatrices *trop étroites,* ou en des cicatrices *saillantes*, ou en des *adhérences* et des *oblitérations contre nature*, ou enfin en des *pertes d'organes*. Ces dernières sont irrémédiables, et par conséquent nous n'avons pas à nous en occuper. Quant aux autres, nous avons indiqué le mécanisme de leur production et les mesures à prendre pour les prévenir. Voyons maintenant ce qu'il convient de faire pour les détruire lorsqu'elles sont formées.

Le traitement qui leur est applicable consiste, en général, à remettre, par des opérations sanglantes et soumises à des règles fixes, les parties dans les conditions où elles étaient avant la lésion. Mais le succès de ces opérations ne dépend pas seulement de la manière dont elles sont faites, et de l'observation exacte des règles de l'art ; il dépend encore de la disposition que présente la cicatrice sur laquelle on doit

agir. Principe général : plus l'adhérence est superficielle, plus l'opération est facile et le succès assuré ; mais celle-ci devient d'autant plus difficile et ses résultats incertains, que la brûlure a atteint des organes plus profondément situés. Dans ce dernier cas, on peut à la rigueur corriger la difformité ; mais il est presque toujours impossible de rétablir les mouvements dans les parties dont les organes sont endommagés ou détruits.

Nous avons vu précédemment à quelle époque ces cicatrices peuvent devenir l'objet de tentatives chirurgicales. Voici quels sont les principes établis à cet égard par M. Dupuytren. 1° On ne doit chercher à corriger les difformités dont nous venons de vous présenter le tableau, dit M. Dupuytren, que quelques mois ou même quelques années après la formation de la cicatrice. On ne peut s'écarter de cette règle sans s'exposer à voir la perte de substance se reproduire par suite de la destruction de tout le tissu nouvellement formé, lequel pendant long-temps est assez mal organisé pour se déchirer à l'occasion de la moindre cause, et même spontanément. 2° Il ne faut jamais opérer sans être certain d'obtenir, à l'aide de la position ou des bandages, une cicatrice moins large ou moins difforme que celle que l'on veut corriger. Ce précepte se rapporte spécialement aux cicatrices qui occupent la face, et auxquelles il est prudent en général de ne pas toucher ; en effet, l'art ne possède que de faibles moyens d'agir sur cette partie, et les tentatives, au lieu d'avoir pour résultat la formation d'une cicatrice par tissu cutané nouveau, ne conduirait qu'à un accroissement de difformité, en ajoutant une cicatrice en travers à celle qui existe déjà. 3° On ne pratiquera l'opération que lorsqu'elle peut rendre aux parties leurs formes et leurs fonctions premières, et on s'en abstiendra par conséquent toutes les fois que les articulations sont ankylosées, les muscles ou les tendons détruits, etc. Cependant, s'il existe une difformité très considérable, qui peut être facilement corrigée, on peut céder aux instances du malade; on peut encore céder à ses instances lorsqu'il y a à la fois difformité très grande et perte de fonc-

tions irrémédiables, mais après l'avoir bien prévenu que l'opération est faite dans le seul but de détruire la difformité, et que les fonctions de la partie sont à jamais perdues.

Lorsque l'opération est jugée nécessaire et possible, la conduite que l'on doit tenir varie suivant qu'il s'agit d'une cicatrice étroite ou d'une cicatrice saillante, d'une adhérence ou d'une oblitération contre nature. Mais de quelle manière é d'après quelles règles cette opération doit-elle être pratiquée?

Des chirurgiens de nos jours, d'ailleurs fort habiles et d'un grand mérite, pensent que le tissu de cicatrice ou inodulaire jouit à un degré extraordinaire d'une propriété rétractile, d'une force de coarctation qu'il conserve toujours, quel que soit le temps qui s'est écoulé depuis sa formation, et que tous les efforts de l'art ne sauraient vaincre. D'où ils ont conclu, 1° que toute opération qui laisse subsister ce tissu de cicatrice est illusoire, et sera suivie des mêmes phénomènes de rétraction qu'on observait auparavant; 2° que pour atteindre le but que l'on se propose, il est par conséquent d'une absolue nécessité d'enlever la cicatrice tout entière et dans toute son étendue, et de rapprocher ensuite les bords de la plaie, afin d'en obtenir la réunion par première intention.

Le principe sur lequel repose cette opinion, dit M. Dupuytren, a été beaucoup exagéré. Il est incontestable, à la vérité, que le tissu accidentel par lequel la nature a remplacé les tissus détruits par la brûlure, est doué de cette force de rétraction dont nous avons parlé; mais elle n'est ni aussi intense, ni aussi durable qu'on l'a supposé. Nous vous avons exposé ailleurs les changements successifs de texture, d'épaisseur et de densité que subissent les cicatrices depuis leur commencement jusqu'à leur entière organisation. Ces changements s'opèrent dans un espace de temps ordinairement fort long; et c'est pendant cette période que l'on observe les phénomènes de rétraction sur le mécanisme desquels nous ne reviendrons pas ici. Mais lorsque les cicatrices ont acquis toute leur solidité, lorsque les adhérences ou les brides sont définitives, complétement organisées, ces mêmes phénomènes ne se distinguent guère de la rétractilité ordinaire

dont jouissent tous les tissus naturels ; c'est en partie pour cette raison, déduite de l'expérience, que nous avons établi précédemment en principe, qu'on ne doit se livrer à des tentatives chirurgicales que lorsque les cicatrices et les adhérences sont arrivées à cet état de perfection organique.

Il résulterait, continue M. Dupuytren, de la doctrine que nous combattons, l'impossibilité de pratiquer l'opération dans la très grande majorité des cas. Si la cicatrice, en effet, est très étendue (et c'est surtout dans ces circonstances qu'une opération est nécessaire, parce qu'il existe, outre la difformité, une lésion de fonction plus ou moins grave), on ne pourra rapprocher les bords de la plaie pour obtenir leur réunion immédiate, ainsi qu'on le conseille ; ou si on y parvient, on aura une seconde fois tous les inconvénients d'une cicatrice trop étroite, flexion du membre ou de la partie, tiraillements excessifs, et gêne nouvelle plus ou moins considérable dans les mouvements, etc. Tiendra-t-on, au contraire, les bords de la plaie écartés afin d'obtenir la guérison par le développement d'un tissu cutané nouveau ? Dans la plupart des cas on exposera les malades aux accidents les plus graves, en mettant à nu et en contact avec l'air le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les aponévroses, les os même dans une grande étendue : il peut survenir une inflammation violente qui les fasse succomber, une suppuration abondante et de longue durée qui les frappe d'épuisement, des complications redoutables, telles que celles qui succèdent souvent aux brûlures. Mais en outre, la maladie aura une durée indéfinie, et dans beaucoup de cas il ne sera pas possible d'obtenir la formation tout entière d'une nouvelle cicatrice, propre à remplacer non seulement le tissu primitivement perdu, mais encore celui que la nature avait fourni une première fois en échange de ce dernier.

Telles sont quelques unes des considérations qui nous ont plus particulièrement frappé dans le point de doctrine qui nous occupe. Aussi avons-nous adopté une théorie et des pro cédés opératoires bien différents. Nous allons les décrire sommairement.

S'il s'agit de remédier à une cicatrice trop étroite, il faut :

1° Pratiquer sur plusieurs points de la longueur de la bride des incisions qui la divisent en travers dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur, afin de pouvoir l'étendre facilement, mais sans jamais rien enlever de son tissu.

2° Étendre ensuite les parties et les ramener à une direction opposée à celle où la maladie les avait fait arriver, afin d'obtenir une cicatrice par production d'un tissu cutané nouveau.

Après la destruction des liens qui retenaient les parties, on les étend en appliquant la main sur elles et on les maintient allongées, soit à l'aide de la position, soit au moyen de machines ou de bandages, etc. Si les parties ont conservé toute leur souplesse et toute leur extensibilité, si elles cèdent avec facilité, sans efforts et sans douleur, on les ramène sur-le-champ à la direction qu'elles doivent garder pendant toute la durée du traitement. Si au contraire les parties sont roides, les articulations peu mobiles, on ne les ramènera à leur position naturelle que par une extension lente et graduée. On s'exposerait, en agissant autrement, à déterminer des accidents graves, des douleurs atroces, une inflammation violente, et même la gangrène, ainsi qu'on en a vu quelquefois des exemples. C'est dans ces cas que l'orthopédie, en suppléant à nos attelles inflexibles par des ressorts élastiques qui agissent à la fois d'une manière permanente et douce, peut être d'un grand secours à la chirurgie pratique.

3° L'opération étant pratiquée, le chirurgien et le malade se trouvent dans les mêmes circonstances qu'après la chute de l'escarre produite par la brûlure ; c'est-à-dire que le premier doit mettre tous ses soins à bien diriger la formation de la cicatrice par les moyens qui ont été indiqués plus haut, et à profiter de toutes les ressources de l'art pour empêcher qu'elle ne s'opère par le rapprochement des bords de la plaie. Il n'est pas rare, après la section des brides principales, et lorsque deux ou trois incisions ont suffi pour ramener les parties à leur direction naturelle, de voir des brides secondaires se former par la suite : il ne faut pas hésiter alors à inciser ces adhérences nouvelles à mesure qu'elles se déve-

loppent, et sans en laisser subsister une seule. C'est faute d'avoir suivi ce précepte qu'on a vu souvent des praticiens échouer dans leurs opérations les mieux faites en apparence, et les malades ne tirer aucun fruit de leurs douleurs et de leur courage.

S'agit-il de faire disparaître des cicatrices saillantes? 1° On enlèvera toute la saillie qu'elles forment au-dessus du niveau de la peau, non en les coupant en travers, mais au moyen d'un couteau mince, à deux tranchants, qu'on introduit à plat, sous leur partie moyenne, et qu'on fait courir ensuite, en rasant la peau, jusque vers les deux extrémités, afin de les enlever complétement; 2° on tiendra les lèvres de la plaie écartées; 3° on cautérisera souvent sa surface de manière à la maintenir toujours un peu au-dessous du niveau des téguments.

Existe-t-il de simples adhérences contre nature? 1° Après les avoir incisées, on les disséquera largement et jusqu'au-delà de leur origine; 2° on tiendra ensuite les parties écartées et séparées; 3° on exercera une compression méthodique et continue sur le point d'où la cicatrice doit procéder et qui se trouve toujours à l'angle de réunion des parties.

Enfin, est-on obligé de remédier au rétrécissement ou à l'oblitération de quelque ouverture naturelle? 1° On l'élargira si elle n'est que rétrécie; on la perforera de nouveau si elle est complétement oblitérée, à l'aide d'un instrument tranchant ou d'un trocart; 2° on introduira dans ces ouvertures des mèches ou des tubes d'ivoire diversement contournés, d'un calibre beaucoup plus gros que l'ouverture naturelle, et qu'on y laissera à demeure, non seulement jusqu'à ce que la cicatrice soit formée, mais encore long-temps après, à cause de la tendance extrême qu'ont ces sortes d'orifices à se rétrécir aussitôt qu'on en retire le corps qui en maintenait la circonférence dans l'extension.

Tels sont, dit M. Dupuytren, les procédés que nous employons, la conduite que nous suivons selon l'espèce de cicatrice à laquelle nous avons affaire. Mais la tâche de l'homme de l'art n'est pas terminée au moment où il a obtenu la cica-

trisation de la plaie résultant de l'opération. Ces sortes de cicatrices, non moins que celles qui succèdent aux brûlures, ont une tendance très grande à se rétrécir. Cette tendance persiste à un degré très considérable jusqu'à l'époque, plus ou moins éloignée, où, comme nous l'avons dit précédemment, le tissu de nouvelle formation a acquis sa texture, sa densité, en un mot, son organisation définitive. De là résulte pour le chirurgien l'obligation de faire usage, long-temps encore après la cicatrisation, des moyens propres à prévenir les fâcheux effets de cette force de rétraction. Outre les appareils à extension qui ont servi pendant le traitement de la plaie, ces moyens sont les bains, les douches, les applications émollientes, les embrocations huileuses, etc.; d'abord continuels, puis appliqués seulement pendant la nuit, on les abandonne ensuite pour livrer le malade à des exercices appropriés.

Il vous est facile de voir, continue M. Dupuytren, que les préceptes que nous venons de formuler en propositions générales, sont directement déduits de nos observations sur les phénomènes variables de la cicatrisation dans les divers degrés de la brûlure, phénomènes qui ont été assez longuement exposés. Nous ajouterons à ce qui précède quelques remarques importantes, afin de mieux vous faire comprendre combien les procédés opératoires diffèrent entre eux suivant l'espèce de brûlure à laquelle la difformité que l'on veut détruire a succédé.

Les cicatrices qui résultent du deuxième degré, par exemple, se font toujours sans froncement, sans rapprochement des bords vers le centre, et par conséquent sans aucune des graves difformités qui peuvent avoir lieu dans les degrés suivants. Qu'elle ait produit des saillies, des boursouflures, des nœuds, des inégalités choquantes, ou des brides, des agglutinations, des occlusions partielles ou complètes des orifices naturels, toutes ces difformités sont également superficielles, l'opération est des plus simples, et l'on ne court pas le risque d'intéresser des organes importants. Pour les premières, on ébarbe, pour ainsi dire, la cicatrice avec un

rasoir ou un bistouri bien tranchant. On a alors une plaie qu'on dirige convenablement, et dont on a soin de réprimer les nouvelles inégalités par la cautérisation et la compression. Pour les secondes, on sépare les parties en incisant le tissu qui les unit, avec le bistouri seul ou conduit sur une sonde cannelée, tissu qui n'a, en quelque sorte, point d'organisation, point ou peu de vie. Quelques coups de ciseaux même suffiront, si l'adhérence est lâche, membraneuse, ou s'il s'agit d'une simple bride étroite et longue. On n'a pas à craindre, avons-nous dit, de léser des parties importantes contenues dans le tissu d'adhésion ; le chirurgien doit seulement prendre la précaution de diriger son instrument de manière à n'entamer que lui, et non les parties plus profondes de l'une ou l'autre surface.

Les difformités qui résultent du troisième degré ne doivent pas être traitées autrement que celles du deuxième. Mais ici le chirurgien apportera beaucoup plus de précautions dans la division des parties contiguës, ou dans l'ablation des saillies et colonnes, parce que la peau étant beaucoup plus amincie, puisqu'elle a perdu une partie de son chorion, pourrait être plus facilement traversée dans toute son épaisseur par les instruments tranchants. Enfin, on sera d'autant plus exposé à blesser un nerf, une artère, des veines et autres organes essentiels, qu'on aura affaire à une cicatrice plus profonde.

Un précepte qui s'applique aux cicatrices de tous les degrés, c'est que si les adhérences existent entre des surfaces très étendues, comme dans les cas de réunion du bras avec le tronc, des deux cuisses ensemble, etc., il faut bien se garder de faire l'opération en une seule fois, et de produire ainsi une vaste plaie qui pourrait donner lieu aux accidents les plus graves. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'enlever des saillies, des boursouflures qui occupent une grande surface. On procède alors par fractions, et l'on attend la guérison d'une première opération pour passer à une seconde, et ainsi de suite.

Enfin, il est de la plus haute importance de s'assurer, avant de tenter toute espèce d'opération, si les membres maintenus

dans une position vicieuse, entraînés dans une déviation par les adhérences pendant un temps fort long, ne se trouveraient pas dans l'impossibilité d'être ramenés à une meilleure direction ; s'il n'en serait pas résulté la déformation des surfaces articulaires, des ankyloses, l'atrophie des membres déviés, etc. Dans tous ces cas, l'opération serait contre-indiquée et sans aucun résultat.

On pourra nous demander actuellement, dit M. Dupuytren en terminant, si les effets des procédés opératoires dont nous faisons usage sont justifiés par l'expérience. C'est aux faits à répondre à cette question. Ceux qui assistent à nos leçons cliniques depuis plusieurs années ont été témoins d'un assez grand nombre d'opérations de ce genre que nous avons pratiquées suivant les règles par nous établies, et ils ont pu en constater les résultats.

Nous réunirons incessamment en un seul cadre ce grand nombre de faits dont nous composerons une espèce de statistique, où les avantages et les résultats de nos procédés opératoires seront clairement démontrés. Pour le moment, nous nous contenterons de rappeler les deux exemples suivants.

Obs. XIII.—*Rétraction des doigts par suite d'une brûlure; adhérence de l'un d'eux avec la paume de la main.*—*Brides de la face palmaire de la main.* — *Opération.* — *Guérison.* — Un enfant de deux ans et demi, d'une belle santé, tombe devant un foyer et porte la main sur de la cendre rouge. Malgré le prompt secours de ses parents, la brûlure intéresse toute l'épaisseur du derme (quatrième degré). La plaie occupait les trois quarts internes de la paume de la main ; elle ne tarda pas à suppurer et fut pansée avec un liniment composé d'huile et d'eau de chaux seconde. D'après l'avis d'un homme de l'art, les doigts furent maintenus dans l'extension par une main de bois. Au bout de cinq semaines la plaie était tout-à-fait cicatrisée, le petit appareil fut enlevé, et quelques jours après, les parents virent avec surprise la cicatrice rétrécie, le petit doigt dans une demi-flexion forcée et l'annulaire dans une flexion commençante. Aucun moyen ne fut employé pour prévenir la difformité. Voici ce qu'elle

était au bout de dix-huit mois environ, l'enfant ayant alors quatre ans.

Le petit doigt est fortement fléchi, mais de telle manière que sa surface dorsale est tournée en dedans; sa première phalange adhère en partie à la paume de la main. L'annulaire est un peu moins fléchi; le médian l'est moins encore; l'indicateur est presque libre. La peau de la face palmaire de la main est couverte d'une bride inextensible.

M. Dupuytren pratique l'opération le 4 novembre. L'avant-bras étant solidement fixé par des aides, l'opérateur avec un bistouri droit incise transversalement toute l'épaisseur de la cicatrice, puis il détruit l'adhérence vicieuse de la première phalange de l'auriculaire. Pour que l'extension soit plus facile et le succès mieux assuré, trois nouvelles incisions sont dirigées perpendiculairement des espaces interdigitaux sur la grande incision transversale. Peu de sang s'est écoulé; une heure après l'opération, on a procédé au pansement. Une palette de bois terminée par quatre divisions en forme de doigts, a été fixée par des tours de bande sur la face dorsale de l'avant-bras, du poignet et de la main; chaque doigt a été étendu et maintenu par des rubans de fil sur l'appendice correspondant, le pouce restant libre. La plaie a été couverte de linge fin enduit de cérat.

Les moyens extensifs ont été continués pendant trois mois. Vers la fin du quatrième mois, l'enfant a été représenté à la consultation publique. Toutes les parties avaient repris leurs dispositions et leurs mouvements naturels.

Obs. XIV. — *Brûlure ancienne. — Bride s'étendant de la main à l'avant-bras. — Section de la bride. — Appareil à extension continue. — Guérison.* — Le 19 octobre 1831, un enfant âgé de dix ans est conduit à l'Hôtel-Dieu. Le père nous apprend qu'à l'âge de deux ans son enfant se laissa tomber près d'une marmite remplie de bouillon en ébullition; le bras gauche de cet enfant pénétra dans la marmite, et fut profondément brûlé. Six mois après, la brûlure fut cicatrisée; mais les précautions nécessaires n'ayant pas été prises pendant le traitement, une bride formée par la peau retint

la main dans une flexion telle qu'elle formait avec l'avant-bras un angle presque droit. Cet enfant garda cette infirmité jusqu'au 19 octobre, jour où il se présenta pour en être débarrassé. M. Dupuytren, avant d'opérer le petit malade, fait observer que beaucoup de chirurgiens français et anglais pensent ne pouvoir corriger une telle difformité qu'en enlevant la bride dans toute son étendue ; car, disent-ils, une simple section de la bride en travers produira, dans le point où elle est pratiquée, une cicatrice qui maintiendra toujours la bride dans le même degré de tension; ils pensent donc qu'on doit l'enlever dans toute on étendue. Ce n'est pas ainsi que fut opéré le jeune enfant qui fait le sujet de cette observation. Le bras étant maintenu et étendu convenablement par un aide, la bride est coupée *en travers* en trois points différents, à l'aide d'un bistouri; elle s'étendait de la partie moyenne et antérieure de l'avant-bras à la paume de la main. Si l'on en fût resté là, l'opération eût été imparfaite, et l'opinion précitée aurait été vraisemblablement justifiée; mais les sections ainsi faites, on applique immédiatement à la face postérieure de l'avant-bras et de la main un appareil à extension continue, espèce d'attelle non flexible, s'adaptant à la rotondité du membre, et se prolongeant jusqu'à l'extrémité des doigts, en supposant que ceux-ci fussent redressés. Cet appareil maintenu solidement à l'aide de plusieurs tours de bandes, une espèce de courroie passée d'une part au-devant des doigts et de l'autre fixée à l'extrémité digitale de l'appareil, on put, à l'aide d'un léger effort, ramener tant soit peu les doigts et par suite le poignet dans le sens de l'extension et l'y maintenir à l'aide de la courroie. Les douleurs que cette manœuvre firent éprouver au malade ne furent pas intolérables. Le lendemain et les jours suivants la courroie fut serrée d'un degré, puis de deux, puis de trois, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'enfin le poignet fut ramené dans sa plus grande extension, ce qui eut lieu après deux mois et demi de traitement continu; le petit malade sortit alors tout-à-fait guéri, se servant de sa main gauche presque aussi bien que de la droite; je dis *presque*, car le défaut d'habitude le ren-

dait un peu gauche de cette main. Il y a un mois qu'il se présenta de nouveau à l'hôpital, voulant être débarrassé d'une bride qui retenait un peu dans la flexion le pouce de la même main gauche ; on employa contre elle le même procédé; et cette seconde opération fut faite avec le même succès que la première. Il y a quinze jours qu'il est sorti de l'hôpital entièrement guéri. Un autre enfant âgé de quinze ans, présentant une difformité tout-à-fait analogue, est à l'hôpital depuis trois semaines; la même opération lui a été pratiquée, et tout fait espérer qu'elle aura également un plein succès.

ARTICLE XIII.

DES PRÉPARATIONS D'ARSENIC CONTRE LES ULCÉRATIONS CANCÉREUSES ET AUTRES AFFECTIONS RONGEANTES.

On voit de temps à autre, aux consultations publiques de l'Hôtel-Dieu, des malades qui viennent réclamer les secours de la médecine pour des ulcérations rongeantes du nez, des lèvres, des joues et d'autres parties du corps. Ces ulcérations produites par les vices cancéreux, scrofuleux, vénériens et dartreux, seuls ou réunis de manière à en faire une maladie simple ou composée, sont souvent la terreur des praticiens par l'inefficacité de la plupart des remèdes employés contre elles. Aussi leurs nombreuses récidives, et surtout celles des ulcérations cancéreuses, même après leur ablation complète à l'aide de l'instrument tranchant, ont fait recourir les chirurgiens à des médicaments d'une nature extrêmement dangereuse, ou d'une activité terrible.

Parmi ces remèdes, l'arsenic tient incontestablement le premier rang. On l'emploie à l'intérieur comme à l'extérieur, mais toujours avec crainte, tant est redoutable la moindre erreur, la plus petite modification dans le mode d'administration, la plus légère imprudence de la part des malades.

Frappés des résultats déplorables arrivés dans quelques circonstances, les médecins, malgré son efficacité incontestable, malgré les cures surprenantes qu'il a réellement procurées, ont généralement beaucoup de répugnance à en faire usage. Il serait cependant important de bien déterminer les effets thérapeutiques de ce médicament héroïque, d'indiquer les cas où il peut nuire : un pareil travail exigerait que nous répétassions une foule d'expériences, peut-être le ferons-nous plus tard ; aujourd'hui nous ne parlerons que de l'emploi de l'arsenic à l'extérieur.

Depuis long temps l'usage de l'arsenic à l'extérieur est connu dans la science. Nous possédons des recettes qui nous ont été léguées par des médecins instruits, ou par d'obscurs charlatans, et dans lesquelles l'arsenic entre dans des proportions différentes. Nous n'avons point le projet de faire la critique de chacune de ces préparations ; nous dirons seulement qu'elles sont presque toutes mauvaises, que leur application est quelquefois suivie de graves inconvénients, et que leur utilité ne saurait en racheter les dangers. Telles sont la poudre dite de Rousselot, celle du frère Côme, modifiée par plusieurs chirurgiens, et en particulier par M. Patrix, qui, jusqu'à présent, a décrit le mieux la manière d'appliquer la pâte arsenicale ; la poudre de Justamond, celle de Pierre Alliot, de Plukket, la pommade d'Hellmund, etc., etc., préparations dont l'acide arsenieux fait ordinairement la base.

Ce poison a été mélangé avec diverses autres substances, dont les unes nuisent à l'action du remède, et les autres en font un médicament d'un emploi difficile, ou au moins embarrassant.

Dans le but de rendre prompte, efficace, et surtout moins dangereuse, l'application de quelques préparations arsenicales, dans les ulcérations rongeantes de la face et d'autres parties du corps, j'ai imaginé, dit M. Dupuytren, plusieurs formules qui paraissent réunir de grands avantages, et qui ont, d'ailleurs, un mode d'action tout différent des préparations que nous venons d'indiquer. Plusieurs ouvrages de matière médicale, et notamment l'excellent Formulaire de

M. Foy (1), n'ont donné qu'incomplétement les proportions de ces médicaments. Nous allons les établir ici, en indiquant en même temps les précautions qu'il convient de prendre.

Un des premiers effets, et souvent un des premiers inconvénients des préparations arsenicales, c'est d'agir comme escarrotiques ou comme caustiques, de détruire les parties à une plus ou moins grande profondeur, et par conséquent d'amener quelquefois des difformités. Les préparations que nous employons, continue M. Dupuytren, n'ont point cet effet. C'est en modifiant les surfaces malades, et non point en les escarrifiant, qu'elles agissent : c'est là un de leurs principaux avantages.

Les préparations dont je fais usage sont pulvérulentes ou liquides. L'acide arsénieux forme la base principale des unes comme des autres. Le calomel, qui lui est constamment uni, entre bien pour quelque chose dans l'action du remède, mais l'arsenic est presque tout. Quoi qu'il en soit, il est important, dit M. Dupuytren, de ne point l'exclure de la composition. Ces deux médicaments, l'arsenic et le calomel, sont nécessaires à l'action de la préparation, sans qu'on puisse déterminer d'une manière précise la part que chacun y prend.

Voici la formule de la préparation pulvérulente :—sur cent parties, 4 parties d'arsenic ou d'acide arsénieux, — 96 parties de calomel. — On peut augmenter la proportion d'acide arsénieux, et la porter à cinq ou six parties sur cent.

La préparation liquide consiste tout simplement dans la solution de ces deux médicaments, acide arsénieux et calomel dans l'eau distillée; on la mêle avec la gomme en poudre, de manière à donner à la préparation la consistance d'une pâte. Mais dans la forme liquide j'ai pour habitude de mettre l'acide arsénieux en plus forte proportion; ainsi, sur cent parties, j'introduis six, huit, dix ou douze parties d'acide arsénieux, le reste est du calomel; j'ai même prescrit des proportions encore plus élevées.

(1) Foy, *Formulaire des médecins praticiens*, contenant les formules des hôpitaux civils et militaires de Paris, de la France, etc., précédé d'un mémorial raisonné de thérapeutique, 1840, 3e édition, 1 vol. in-18.

Obs. I. — *Ulcération carcinomateuse de la lèvre inférieure. — Application de la pâte arsenicale. — Guérison.* — Une jeune fille d'environ quinze ans vint à l'Hôtel-Dieu, en mars 1833, pour y être traitée d'une ulcération de nature suspecte qu'elle portait sur la partie gauche de la lèvre inférieure. Cette ulcération, de l'étendue d'un pouce environ, était à bords échancrés et renversés, piquetée sur toute sa surface, un peu grisâtre; elle était formée aux dépens de la peau, du tissu cellulaire sous-jacent, s'étendait jusqu'à la muqueuse de la lèvre, et reposait sur une base indurée. Cette maladie avait commencé il y avait sept ans, et avait été toujours en s'agrandissant. Une partie de l'ulcère était recouverte par une croûte jaunâtre formée par le desséchement de l'ichor. M. Dupuytren la considéra comme une maladie composée par la réunion des diathèses scrofuleuse, vénérienne et cancéreuse. Un cataplasme fut mis sur la tumeur pour faire tomber la croûte. Au bout de quelques jours, une première application de la préparation pulvérulente eut lieu, elle détermina une légère inflammation. A la chute du médicament, on trouva la surface de l'ulcère avantageusement modifiée. Une seconde application fut suivie de quelques accidents qui semblaient annoncer un commencement d'empoisonnement; la malade eut des nausées et des vomissements. Tout le monde connaît les dangers de l'emploi de l'arsenic, même de celui dont on fait usage à l'extérieur. L'absorption qui a lieu à la surface des plaies, soit par les veines, soit par les vaisseaux lymphatiques, est un phénomène bien constant, et les ouvrages de médecine légale ou de pratique sont remplis d'observations d'individus qui ont éprouvé les accidents les plus graves, et qui ont même succombé à la suite de l'application extérieure de l'arsenic, après avoir présenté tous les symptômes de l'empoisonnement. On a vu des malades qui n'avaient qu'une petite ulcération cancéreuse au dos, être pris de tous les symptômes de l'empoisonnement après la première application de l'arsenic sur leurs plaies. MM. les docteurs Marx et Paillard rapportent dans le *Journal hebdomadaire* l'histoire

d'une vieille femme reçue à l'hôpital Saint-Louis qui périt victime de ce poison. Elle portait sur le bout du nez un *noli me tangere* qui avait tout au plus la largeur d'une pièce de quinze sous : l'un d'eux, M. Paillard, appliqua la pâte arsenicale sur cette partie. Le lendemain la malade mourut avec tous les symptômes de l'empoisonnement par l'arsenic. Ce médecin a également observé un événement semblable chez un jeune homme qui avait un ulcère carcinomateux à la joue, et que l'on traita par la pâte arsenicale. Nous devons cependant faire ici la remarque que les proportions d'acide arsénieux administrées ailleurs sont en général plus fortes que celles que nous employons habituellement.

En garde contre ces accidents, j'avais prescrit le laitage : je mis la malade à une diète sévère, et j'ordonnai qu'elle serait exclusivement nourrie avec du lait. Les symptômes se dissipèrent, et lors de la seconde chute de l'application pulvérulente de l'arsenic, la plaie était presque guérie : vous l'avez vue quinze jours après à l'amphithéâtre ; les traces du mal avaient presque entièrement disparu.

Dans des cas semblables, j'ai soin de faire prendre beaucoup de lait au malade ; je prescris l'application d'un linge sur la plaie, à raison du voisinage de la bouche, et j'insiste fortement pour qu'il ne soit ôté que lorsque la croûte est desséchée, convertie en poudre ; l'alimentation se fait à l'aide du biberon. Ce sont les moyens que vous m'avez vu adopter pour un homme qui vint, dans les premiers jours de mai, avec un ulcère rongeant du nez et de la lèvre supérieure, et chez lequel notre traitement a également eu les résultats les plus satisfaisants. Malgré ces précautions, nous avons cependant vu quelques exemples d'empoisonnement par suite de l'emploi de ce moyen.

Le mode d'application de ces préparations est fort simple. On commence d'abord par faire tomber avec des cataplasmes les croûtes qui couvrent les ulcérations ; puis, si on veut recourir à la poudre, on se sert d'un petit pinceau de charpie chargée de cette poudre, et on la répand sur la face ulcérée de manière à l'enduire d'une couche épaisse d'un mil-

limètre au plus. Si cette surface est d'une étendue médiocre, on la couvre entièrement; dans les cas contraires, on n'en saupoudre qu'une partie, le tiers, le quart, la moitié; et quelques jours après, on recouvre le reste en totalité ou par fractions, suivant les cas.

La solution, ou pour mieux dire la pâte s'applique de la même manière, avec un pinceau ou une spatule.

Cette application, après avoir causé des douleurs assez vives, de l'inflammation, etc., etc., tombe ordinairement seule au bout de huit à dix jours. On la renouvelle suivant les cas, et jusqu'à la guérison des surfaces ulcérées. Ordinairement cinq ou six applications suffisent, et souvent deux ou trois ont guéri complétement.

Ce médicament, que j'ai mis en usage sous ces deux formes depuis quinze ans environ, agit, non pas en cautérisant, mais seulement en modifiant l'état des surfaces malades. Jamais il ne produit d'escarre, de destruction des parties; il est infiniment moins adhérent que la pâte arsénicale du frère Côme, de Rousselot, etc., et cause moins de douleurs et de tuméfaction.

ARTICLE XIV.

DE LA LITHOTOMIE (1).

On appelle lithotomie (2), l'opération par laquelle on extrait les pierres arrêtées dans quelques parties des voies urinaires, et formées aux dépens des urines. Ce nom est plus particulièrement réservé à l'opération par laquelle on extrait les calculs renfermés dans la vessie.

Ainsi restreinte, la lithotomie embrasse encore les travaux

(1) *Thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire*, soutenue le 29 janvier 1812. C'est à la suite de ce brillant concours que M. Dupuytren fut nommé professeur en remplacement de Sabatier. Il avait pour concurrents MM. Marjolin, Roux et Tartra.

(2) Λιθοτομία, de λίθος et de τέμνω.

de vingt siècles, et les opérations les plus importantes de la chirurgie. C'est chez les Egyptiens, qui virent naître tous les arts, et n'en perfectionnèrent aucun, qu'ont été tentés, si l'on en croit Prosper-Alpin (1), les premiers essais pour l'extraction de la pierre. Ils crurent, en imitant la nature, qui se débarrasse quelquefois spontanément des calculs, qu'on pourrait les attirer au-dehors, ou faciliter leur sortie, en dilatant seulement les canaux par lesquels l'urine est rendue.

De là une première méthode, la dilatation, qui, tantôt seule, tantôt combinée avec d'autres, s'est perpétuée jusqu'à nos jours, et qui procure quelquefois encore aujourd'hui l'expulsion de petits caculs chez les hommes, et surtout chez les femmes.

On ne sait pas quelles idées le père de la médecine avait de la lithotomie, lorsqu'il engagea ses disciples, sous la foi du serment, à ne la pratiquer jamais (2). La croyait-il dangereuse, indigne des soins d'un art conservateur? ou pensait-il qu'elle ne devait être pratiquée que par ceux à qui l'habitude avait donné une grande dextérité dans cette opération? *Οὐ τεμέω και οὐδὲ μὴν λιθιῶνθας. Ἐκχωρήσω δε ἐργάθῃσιν ἄνδρασι πρήξιος τῆσδε.*

Exclue par ce serment du domaine de l'art, la lithotomie resta en des mains étrangères jusqu'au temps de Celse (3). Elle reprit alors sa place entre les moyens de guérir; et si elle ne fut pas toujours pratiquée par des médecins, du moins elle ne fut étrangère ni à la médecine, ni à ses progrès.

La méthode de Celse, qui consiste à extraire, à l'aide d'une incision faite au périnée, les pierres qu'on y a amenées avec les doigts introduits dans le rectum, quelque imparfaite qu'elle soit, fut la seule connue de Paul d'Egine, d'Avicenne, d'Albucasis, de Théodoric, de Lanfranc, de Brunus, de Roland, de Guillaume de Salicet, de Gui de Chauliac, de Franca, de Coviliard, etc, et la seule qui fut pratiquée, avec quelques modifications, pendant près de seize siècles.

(1) *De medicinâ methodicâ*, lib. X.

(2) ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΟΡΚΟΣ.

(3) *Cornelii Celsi de re medicâ*, lib. VII, cap. 26.

Son insuffisance, bien reconnue pour extraire les pierres qui attaquent les adultes, et d'autres vices que nous exposerons ailleurs, firent chercher et découvrir à Jean-des-Romains (1) une autre route vers la vessie, à travers le canal du l'urètre qu'il incisait, et le col de la vessie qu'il dilatait. Cette seconde méthode, qui fut depuis appelée le grand appareil, quoique préférable, sous beaucoup de rapports, à celle de Celse, ne lui enleva pas la faveur dont elle jouissait.

Cette pratique, devenue, en quelque sorte, un secret dans la famille des Callots, quoiqu'elle fût décrite dans des ouvrages publics, ne faisait que partager, avec celle de Celse, les suffrages des gens de l'art, lorsque Franco (2), sans le savoir, et presque aussi sans le voir, jeta les premiers germes d'une troisième méthode, qui aujourd'hui supplée toutes les autres, lorsque la pierre, trop volumineuse, ne peut être extraite par elles. L'idée de cette méthode, qui fut développée par *Rosset* (3), et qui consiste à ouvrir la vessie par-dessus les pubis, ne devait reparaître avec succès que quelque temps après, lorsque le génie observateur qui s'était ntroduit dans les sciences, s'étendant à la chirurgie, ferait rechercher avec ardeur et juger avec soin toutes les voies par lesquelles on pouvait pénétrer dans la vessie, pour en extraire les calculs.

Cependant on commençait à remarquer les inconvénients attachés à la dilatation du col de la vessie; et déjà Maréchal et d'autres avaient cherché, en enfonçant plus profondément le lithotome dans la cannelure du cathéter, à inciser le col de cet organe. Leurs tentatives, faites avec trop de timidité, les avaient laissés loin du but, lorsqu'un homme étranger à la médecine, formé à l'école d'un empirique, parut et introduisit une quatrième méthode, qui changea aussitôt la face de l'art sur ce point, et qui, soit par elle-même, soit par les nom-

(1) *V. Mariani-Sancti, Barolitani, de lapide ex vesicâ per incisionem extrahendo*, liber aureus, anno 1535.

(2) *Traité des hernies*. Lyon, 1561.

(3) ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑΣ, *id est Cæsarii partûs*, etc. Parisiis, 1590.

breuses recherches qu'elle provoqua, a fourni les procédés le plus généralement suivis aujourd'hui pour la taille.

C'est le frère Jacques de Beaulieu (1) qui fut en effet le véritable créateur de la méthode qui consiste à inciser obliquement le périnée, la glande prostate et le col de la vessie. Ses instruments grossiers ne lui permettaient pas toujours de la faire ainsi, ni d'éviter les inconvénients qu'on court à marcher sans guide à travers une si grande épaisseur de parties, toutes plus ou moins importantes. Son procédé n'avait besoin que d'être perfectionné ; mais ne sentant pas assez le prix de sa méthode, on le dédaigna en France, et Raw, qui l'avait adoptée, ayant emporté son secret au tombeau, elle faillit d'être perdue avec lui.

L'ardeur avec laquelle en chercha de tous côtés à connaître la méthode de Raw, fit retrouver celle de frère Jacques de Beaulieu, mais perfectionnée : c'est à Cheselden (2) qu'on doit de l'avoir reproduite le premier, après quelques essais, telle que beaucoup de praticiens l'exécutent encore aujourd'hui. Cependant on s'occupa long-temps encore de la taille latérale, qu'on prétendait avoir été pratiquée par Raw : de là l'origine de cette foule de procédés qui embarrassent l'art plutôt qu'ils ne l'enrichissent.

On crut un instant, au milieu de ces recherches, avoir trouvé cette méthode, qn'on appela taille latérale (3), et par laquelle on incisait le corps de la vessie le long des branches des pubis ; mais si l'on avait, en effet, trouvé une méthode nouvelle, on ne tarda pas à être convaincu qu'elle était insuffisante et dangereuse.

Enfin, après cent ans des recherches les plus actives dont l'histoire des sciences offre l'exemple; après s'être fait, à

(1) *Nouvelle méthode de tailler et de tirer la pierre de la vessie*, par frère Jacques de Beaulieu, etc., 1701.

(2) *Anatomy of the human body*, 1741.

(3) Ledran, *Parallèle des diverses méthodes d'extraire la pierre hors de la vessie*. Paris, 1730. *Opér. de chir.* Foubert, *Nouvelle méthode de tirer la pierre de la vessie; Mémoires de l'Académie chir.*, tom. I, et autres ouvrages.

travers un grand nombre de difficultés qu'il a su vaincre, plusieurs routes certaines pour parvenir à la vessie, le génie de l'art semble s'être arrêté, laissant au temps le soin de les apprécier.

Les méthodes et les procédés paraissent, en effet, être arrivés au degré de perfection dont ils sont susceptibles ; et il semble que de nouvelles méthodes et de nouveaux procédés ne seraient que des richesses superflues et inutiles. La raison conseille de borner désormais nos soins à balancer les avantages et les inconvénients respectifs des méthodes que nous possédons ; à déterminer d'une manière précise les cas qui requièrent l'emploi de chacune d'elles, et ceux qui les excluent ; à faire connaître la cause de leurs inconvénients, et à indiquer, s'il est possible, les moyens de les prévenir ou d'y remédier : tel paraît être le rôle, moins brillant qu'utile, que le siècle dernier a légué au siècle où nous vivons.

LITHOTOMIE CHEZ LES HOMMES.

Considérations anatomiques. — Il est facile de voir, par l'esquisse qui précède, que c'est presque toujours par le canal de l'urètre, par le col ou par les parties latérales de la vessie, qu'on s'est efforcé de pénétrer dans la cavité de cet organe, pour en extraire les pierres qu'il renfermait ; et, comme on ne saurait y arriver qu'à travers le périnée, la connaissance exacte des parties qui le composent et des rapports qu'elles ont entre elles, devient indispensable à celui qui veut enseigner, comme à celui qui veut pratiquer la lithotomie.

Le périnée, considéré dans son entier, tant chez l'homme que chez la femme, représente une surface triangulaire dont un côté, situé en arrière, est formé par une ligne droite qui s'étendrait de l'une à l'autre tubérosité de l'ischion, et dont les deux autres côtés, situés latéralement, seraient formés par les branches ascendantes des ischions, et descendantes des pubis. Cette surface est partagée par la ligne médiane ou par le raphé en deux autres triangles dont les côtés sont formés, l'un par le raphé lui-même, l'autre par les branches des ischions

et des pubis, et le dernier par une ligne qui s'étendrait de l'anus à la tubérosité de l'ischion. C'est cette partie du périnée, et surtout celle du côté gauche, que les lithotomistes ont attaquée pour arriver à la vessie. En effet, à partir de ces surfaces jusqu'à l'organe dans lequel on veut pénétrer, on trouve une espèce de canal rempli de parties peu importantes ou que l'on peut éviter. Dans le côté interne de cette surface se trouvent le raphé, et successivement, en se rapprochant de la vessie, une lame de tissu cellulaire condensé, le muscle bulbo-caverneux et le sphincter externe de l'anus, la partie spongieuse et le bulbe du canal de l'urètre, sa partie membraneuse, la prostate, le col de la vessie, le rectum dans toute la longueur de ce canal ; dans le côté externe et sous la peau, on trouve une couche de tissu cellulaire graisseux, dans l'épaisseur de laquelle marchent l'artère et le nerf superficiels du périnée, ensuite le muscle accélérateur, la racine du corps caverneux, les branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis, l'artère et le nerf honteux internes, le muscle releveur de l'anus, un plexus veineux et les parties latérales du corps de la vessie ; dans le bord postérieur, sous la peau, on trouve le sphincter externe de l'anus, l'artère hémorroïdale inférieure ; et, à partir de ce point jusqu'à la vessie, le rectum en dedans; en dehors, un tissu graisseux parcouru par des vaisseaux artériels et veineux de divers calibres.

Dans l'aire de ce triangle on rencontre, sur autant de plans, la peau, une couche de tissu cellulaire graisseux plus ou moins épaisse, suivant l'embonpoint de l'individu et celui de la partie ; dans ce tissu cellulaire, des rameaux obliques du nerf et de l'artère superficiels du périnée, le muscle transverse du périnée en arrière, l'artère transverse en avant, c'est-à-dire vers l'angle antérieur du triangle, le releveur de l'anus, quelques filets nerveux qui se rendent à la prostate, un plexus veineux ; enfin, dans l'homme adulte, la vessie ; laquelle placée comme au sommet de la pyramide triangulaire que ces parties représentent, la revêt et la termine.

Cet organe ne laisse apercevoir, à cet endroit, qu'une pe-

tite partie de sa surface; le reste, caché par les pubis, est presque indifférent pour l'opération de la taille au périnée; ce qui paraît au-dessous de la symphise, dans l'écartement des os qui la forment, appartient à la partie inférieure de sa paroi antérieure, et offre une surface triangulaire comme celle du périnée, mais beaucoup moins étendue que cette dernière. C'est là qu'on trouve, sur la ligne médiane, les ligaments ou les muscles prostatiques, la prostate, et, dans son épaisseur, le canal de l'urètre, le col de la vessie; dans l'intérieur de ceux-ci, la luette vésicale, la crête urétrale et, sur les côtés de cette crête, les canaux éjaculateurs, enfin la partie inférieure de la prostate et le rectum. Le bord extérieur de cette surface a pour base la branche descendante du pubis; c'est surtout dans la direction de ce bord que le corps de la vessie se montre le plus à découvert, et qu'il pourrait être incisé avec plus de facilité; ensuite le côté postérieur de cette surface est formé par la prostate et par les parties latérales de la vessie, qui la dépassent d'une plus ou moins grande étendue. Tout ce côté repose sur le rectum, dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire d'une médiocre épaisseur, mais d'une assez grande étendue en largeur, et dans laquelle la pointe du lithotome, ou l'extrémité des tenettes elles-mêmes, se sont plus d'une fois égarées.

Telles sont les parties sur lesquelles se sont exercés tous ceux qui ont tenté des méthodes ou des procédés pour extraire la pierre de la vessie au-dessous des pubis. On ne saurait arriver à la vessie, dans cette région, par d'autres voies, ou l'entamer par d'autres endroits que ceux que nous venons d'indiquer; et nous verrons bientôt que cette surface, quelqu'étroite qu'elle paraisse, a néanmoins été attaquée sur un grand nombre de points et dans des directions très différentes. Ainsi elle est incisée suivant la direction de son bord interne ou du raphé dans le grand appareil; suivant la direction de ses bords extérieurs ou des branches des pubis dans la méthode latérale; près de son bord postérieur dans le petit appareil; tandis qu'elle est incisée du bord interne ou

du raphé vers la tubérosité de l'ischion dans la méthode *latéralisée.*

On aurait néanmoins une idée imparfaite des parties que nous venons d'indiquer, si on les croyait constantes dans leurs formes et dans leurs dispositions. Elles offrent des variétés de conformation qui, si elles ne doivent pas entièrement changer le plan de l'opération, doivent au moins en modifier singulièrement l'exécution. Telles sont celles qui résultent des degrés de rapprochement ou d'écartement des tubérosités de l'ischion, dont les variations extrêmes, calculées sur vingt-trois sujets, se sont trouvées, d'après des mesures prises au dedans de ces tubérosités, entre deux pouces et trois pouces et demi ; telles sont encore celles qui résultent des degrés d'épaisseur du périnée, mesurés sur le même nombre d'individus, à l'aide d'un pelvimètre, dont une branche était appuyée sur l'ouverture du col de la vessie, et l'autre sur le périnée; variations bien plus étonnantes que les premières, et qui ont donné pour extrêmes un pouce et quelques lignes et quatre pouces ; et, pour épaisseur ordinaire, deux pouces un quart. Qui n'aperçoit, en effet, que ces variétés de conformation imposent rigoureusement à l'opérateur la loi de donner à l'incision des parties une direction tantôt oblique, tantôt presque parallèle à celle du raphé, pour éviter, suivant les cas, le rectum ou l'artère honteuse; celle de proportionner l'effort avec lequel il pousse l'instrument tranchant à la profondeur présumée du périnée, pour éviter de rester, par une timidité extrême, en-deçà de la vessie, ou d'aller, par excès de hardiesse, au-delà du but, et de percer la paroi postérieure de cet organe?

Méthode par incision du col de la vessie sans conducteur. — La méthode dite de *Celse*, appelée encore le petit appareil, consiste à faire au périnée et au col de la vessie une incision sur la pierre, et à extraire celle-ci avec un levier.

Celse (1) veut qu'elle ne soit pratiquée qu'au printemps, et chez les individus de l'âge de neuf à quatorze ans. Le malade

(1) Lib. VII, cap. 26.

étant préparé par la diète et par l'exercice qu'on croyait propre à faire descendre le calcul vers le col de la vessie, il conseille de porter les doigts vers l'anus, pour s'assurer si ce corps y est arrivé, *quod an inciderit*, etc., de mettre le malade à la diète la veille, et de procéder ensuite à l'opération, dans un lieu chaud, ainsi qu'il suit :

Un homme robuste et exercé, assis sur un siége élevé, prendra le malade sur ses genoux ; et, le tenant couché sur le dos, il lui recommandera de fléchir les jambes autant qu'il le pourra, et il l'assujettira lui-même dans cette position. Si le malade, trop fort, ne pouvait être contenu par une seule personne, on fera placer, sur deux siéges joints l'un à l'autre, deux hommes robustes dont les cuisses correspondantes seront liées ensemble : le malade étant placé sur leurs genoux, comme dans le cas précédent, ils saisiront, l'un la jambe gauche, l'autre la droite, qu'il aura soin de fléchir. Que le malade soit tenu par un ou par deux aides, il doit être couché de manière à ce que la région hypogastrique soit tendue, et la vessie poussée en bas, afin que le calcul puisse être saisi avec facilité ; deux hommes forts seront en outre placés à côté des premiers pour leur prêter appui.

Ces préparatifs faits, le médecin introduira en même temps dans l'anus du malade l'indicateur et le doigt du milieu de la main gauche, trempés dans l'huile, et dont il aura soigneusement coupé les ongles : il pressera légèrement le bas-ventre avec les doigts de la main droite, ayant soin d'éviter que leur rencontre fortuite sur la pierre, avec ceux placés dans l'anus, ne blesse la vessie.

Il ne faut pas se hâter, comme dans la plupart des opérations ; il faut surtout s'attacher, dit Celse, à ce qu'elle soit faite sans danger ; car les blessures de la vessie entraînent souvent des convulsions et la mort. On cherche d'abord la pierre vers le col de la vessie : lorsqu'elle s'y trouve, on l'extrait bien plus aisément ; si elle ne s'y trouve pas et qu'elle soit cachée en arrière, il faut porter les doigts jusqu'au fond de la vessie, tandis qu'on presse avec la main droite sur l'hypogastre.

Le calcul étant trouvé, ce qui ne peut jamais manquer d'arriver, suivant Celse, il faut mettre d'autant plus de soins à l'attirer qu'il est plus petit et plus lisse ; et afin d'éviter qu'il n'échappe, il faut le retenir avec la main droite, placée derrière lui, tandis que les doigts de la main gauche le poussent vers le col de la vessie.

Cùm jam eò venit, ut super vesicæ cervicem sit; juxta anum incidi cutis plagâ lunatâ usque ad cervicem vesicæ debet, cornibus ad coxas spectantibus paululum. Tel est le texte de Celse, lequel a donné lieu, et produira sans doute encore un grand nombre d'interprétations différentes. Ceux qui l'ont suivi n'ont pas seulement modifié ses expressions en répétant le précepte qu'elles renferment, ils ont encore modifié l'incision des parties extérieures de manière à la réduire à une ligne oblique qui s'étend du raphé vers la tubérosité de l'ischion (1). Ils ont évité de cette manière la seconde incision recommandée dans cette phrase : *Deinde eâ parte quâ strictior ima plaga est, etiamnum sub cute altera transversa plaga facienda est quâ cervix aperiatur; donec urinæ iter pateat sic ut plaga paulo major quam calculus sit.* Au reste, il faut se garder de faire une ouverture trop petite, laquelle a, suivant lui, l'inconvénient d'entraîner des fistules bien plus sûrement que les grandes plaies.

L'incision étant terminée, on découvre la pierre, et on en fait l'extraction en la faisant descendre avec les doigts de la main droite, tandis qu'on la saisit avec l'autre ; puis faisant passer derrière elle l'extrémité d'une curette, à l'aide de laquelle on la dégage peu à peu, on la pousse d'arrière en avant, et on l'extrait.

Telle est l'opération de Celse, qui, pratiquée suivant quelques modifications que le temps et le consentement presque unanime des gens de l'art y ont apportées, séduit au premier coup d'œil par la simplicité de l'appareil et des moyens qu'elle exige, et par la facilité apparente de son procédé.

Elle nous semble pourtant fort loin de mériter, comme

(1) Sabatier, *Médecine opératoire*, tom. III, pag. 333.

méthode générale, la préférence sur celles que nous décrirons bientôt.

Est-il besoin de faire observer qu'une méthode qui n'est applicable qu'aux enfants, quoique Heister (1) et plusieurs autres aient pu la pratiquer sur des individus plus avancés en âge; qu'une opération qu'on est obligé de faire sans cathéter, dans laquelle la pierre ne peut être reconnue et amenée au col de la vessie qu'à l'aide du doigt, qui entraîne des contusions ordinairement très fortes au col de la vessie et aux parties qui en sont voisines, qui ne porte jamais sur les mêmes parties exactement, qui expose enfin à déchirer le canal de l'urètre, à le couper en travers et à blesser le rectum, ne saurait être employée dans toutes les circonstances, comme le voulaient Heister et Morand? Il est pourtant quelques cas dans lesquels elle peut être employée avec avantage. Tel est celui où une pierre saillante dans la vessie et engagée dans son col en fermerait l'entrée au cathéter, ou bien l'éloignerait de la direction qu'il doit suivre; tel est encore celui où un calcul, logé dans le col de la vessie, y serait développé, et ferait saillie au périnée, ainsi que l'a vu M. le professeur Dubois (2). Ce petit nombre de cas excepté, les autres méthodes doivent lui être préférées.

Méthode par dilatation du col de la vessie. — Cette méthode, imaginée par Jean-des-Romains, publiée par Marianus-Sanctus, et connue sous le nom de ce dernier auteur, *sectio mariana*, ou bien encore sous celui de grand appareil, à cause du nombre d'instruments qui servent à la pratiquer, consiste essentiellement à faire sur un cathéter introduit dans la vessie une incision au périnée et à la partie spongieuse du canal de l'urètre, et à introduire ensuite dans le col de la vessie, à la faveur de cette incision, des instruments propres à le dilater, et d'autres propres à extraire la pierre.

Les instruments qu'elle nécessite sont: un cathéter, un

(1) *Dissertatio chirurgica de lithotomiæ celsianæ præstantiâ et usu.* Helmstadii, 1745.

(2) Richerand, *Nosograph. chirurg.*, 1811.

couteau appelé lithotome, deux conducteurs, l'un mâle et l'autre femelle, un dilatateur, un bouton, des tenettes et une curette, instruments alors nouveaux en grande partie, mais aujourd'hui fort connus, ce qui dispense de les décrire. A cet appareil d'instruments, les Collot et les autres successeurs de Jean-des-Romains et de Marianus-Sanctus joignirent un appareil non moins nombreux de pièces de pansement, dont les plus essentielles sont des liens pour assujettir le malade, et des canules droites, flexibles et non flexibles.

Tout étant disposé, on plaçait le malade sur une table élevée, le dos appuyé sur des oreillers, ou bien relevé par un dossier. On se rendait maître de ses mouvements; pour cela, on appliquait les écharpes ou les liens sur la partie postérieure du col, après les avoir unies par un nœud sur le milieu de leur longueur; on en conduisait les chefs ou les extrémités en avant et en arrière, sur les épaules; on les cordelait sous les aisselles jusqu'aux cuisses, qu'on faisait fléchir; on embrassait ces dernières avec les liens de chaque côté, et recommandant au malade de saisir ses talons, on fixait ensemble les mains aux pieds en les entourant plusieurs fois; on nouait ensuite les deux extrémités des liens, et l'on faisait tenir le malade par des aides, dont un avait les mains appuyées sur ses genoux; deux autres tenaient ses cuisses écartées, tandis qu'un quatrième donnait les instruments à l'opérateur, lorsque celui-ci ne jugeait pas plus convenable, ainsi que le faisait Marianus-Sanctus (1), de les porter sur soi.

L'opérateur s'assurait de nouveau de la présence, et, autant que possible, du volume de la pierre; après quoi, donnant à tenir le cathéter à un aide, et soulevant les bourses, ou bien tenant lui-même l'instrument, et faisant relever celles-ci par un aide, il cherchait à sentir le cathéter en promenant le doigt sur le périnée. Le lieu de l'opération étant fixé, il commençait avec le lithotome, porté au-dessous des bourses, du côté gauche ou du côté droit du raphé indiffé-

(1) *De methodo calcul. extrah.*

remment, une incision qu'il terminait à un pouce de l'anus, et qui avait communément quatre travers de doigts de longueur chez les hommes. Si le bistouri n'avait pas rencontré la cannelure du cathéter du premier coup, on l'y faisait facilement arriver par une seconde incision, qui servait à diviser le bulbe de l'urètre et le commencement de sa partie membraneuse; on introduisait alors, et on faisait glisser dans la cannelure du cathéter un gorgeret. Aussitôt qu'il était arrivé dans la vessie, on retirait le cathéter; on portait ensuite un premier conducteur sur le gorgeret, qu'on retirait; puis un second sur le premier. Un écoulement d'urine plus ou moins abondant avertissait de leur entrée dans la vessie; et après avoir préparé les voies, en écartant un peu ces conducteurs, on faisait glisser dans leur intervalle un dilatateur, à l'aide duquel on distendait par degrés le col de la vessie. Le gorgeret avait remplacé, à l'époque où Tolet écrivait, les conducteurs et même les dilatateurs; il était porté dans la vessie sur la rainure du cathéter, et il servait à son tour à y faire pénétrer les tenettes, à l'aide desquelles on dilatait encore le col de la vessie. Dans tous les cas, on cherchait le calcul et on en faisait l'extraction. Si l'on perdait la trace de la plaie qui conduisait à la vessie, on la retrouvait à l'aide du bouton; si quelque portion de pierre brisée était restée dans la plaie, on allait la chercher avec la curette. L'opération terminée, on reportait le malade dans son lit, et on le pansait au bout de quelques heures.

Telle est la méthode décrite par Marianus-Sanctus et par Tolet, qui l'avait déjà rendue plus rapide en la simplifiant.

Il est facile de voir ce qu'on se proposait par cette méthode. On voulait arriver à la vessie en dilatant simplement son col: « pourtant on ne fait jamais incision au col de la vessie, dit Tolet (1), mais toujours à l'urètre. » Il n'est pas aussi facile de déterminer ce qui se passait au col de la vessie, si on en juge d'après les expériences tentées par M. Deschamps (2) sur l'extensibilité de la prostate et par les résul-

(1) *Traité de la lithotomie*, pag. 135, édit. de 1685.

(2) *Traité historique et dogmatique de l'opération de la taille*, t. III.

tats de cette manière d'extraire les pierres de la vessie. On doit être presque certain qu'au lieu de simples dilatations, on avait des déchirures plus ou moins étendues du col de la vessie et de la prostate. De là sans doute les accidents qui firent abandonner cette méthode aussitôt qu'on connut celles dans lesquelles on incise les parties. On lui avait reproché de causer d'énormes ecchymoses, des abcès et la gangrène dans le scrotum, des inflammations dans le col de la vessie, des relâchements, des altérations dans l'organisation de cette partie, d'où les incontinences, les fistules, l'impuissance, etc.

Méthode par incision du col de la vessie sur un cathéter. — La taille latéralisée, considérée comme méthode, et abstraction faite des procédés par lesquels elle peut être exécutée, est la plus généralement adoptée aujourd'hui : elle a pour caractère essentiel une incision faite au périnée, du raphé vers la tubérosité de l'ischion, et qui s'étend, en passant entre les muscles accélérateur et érecteur, jusqu'au col de la vessie et à la glande prostate, dans une direction semblable à celle de l'incision qui est faite à l'extérieur.

Tout, dans une méthode aussi généralement employée que l'est celle-là, est important. Le jour pour l'opération étant pris, le périnée sera rasé, et le gros intestin sera vidé par des lavements plusieurs heures avant l'opération. Le jour étant arrivé, le lit sur lequel le malade doit être placé, et les liens avec lesquels il doit être attaché, seront préparés. Le premier peut être indifféremment un lit ordinaire ou une couchette étroite, courte, haute de trois pieds, garnie d'un matelas ; au pied, on placera un vase rempli de cendres pour recevoir le sang et les urines au moment de l'opération. Les liens, faits de toile, de serge ou de bandes solides, seront au nombre de deux, et auront assez de longueur pour envelopper plusieurs fois les pieds et les mains réunis. L'appareil instrumental et ensuite l'appareil pour le pansement seront préparés. Le premier contiendra, disposés dans un ordre convenable, tous les instruments nécessaires à l'opération, suivant le procédé qu'on aura choisi ; le second se composera de vases pleins d'eau froide et d'eau chaude, de serin-

gues terminées par un canon de quatre pouces de longueur, de fils, d'aiguilles, de charpie, de bourdonnets et de canules de gomme élastique de diverses longueurs; en un mot, de toutes les choses nécessaires, soit à l'opération, soit au traitement des accidents dont elle pourrait être suivie.

Le malade sera couché dans une direction horizontale, au lieu d'être placé sur un plan incliné, comme l'avait conseillé Lecat (1), mais de manière que les tubérosités de l'ischion correspondent à son bord inférieur. S'il est difficile à sonder, on introduira le cathéter dans la vessie avant d'attacher le malade, et l'on s'assurera de nouveau de l'existence de la pierre. S'il arrivait qu'on ne la trouvât pas, il faudrait renvoyer le malade à son lit, ainsi qu'il nous est arrivé plusieurs fois, à M. le professeur Pelletan et à moi, de le faire, notamment à l'occasion du nommé Joseph-Pierre-François Cornille, chez lequel des brides dans la vessie et les signes rationnels de la pierre avaient fait croire à l'existence de cette dernière maladie, qu'on ne lui trouva pas au moment où, placé sur le lit, il allait être opéré.

Si on a senti le calcul, il faut faire assujettir le malade; pour cela, deux aides situés à ses côtés glisseront autour de ses poignets un nœud coulant, en lui recommandant de saisir ses talons avec ses mains; passant ensuite les extrémités des liens sur le dos du pied, sous sa plante, ils les ramèneront autour de la partie inférieure de la jambe, et ils fixeront ces parties de manière à ce qu'elles ne puissent être dérangées.

Ces aides, de même taille, debout, à la hauteur du lit du malade, une main appuyée sur ses genoux, qu'ils pressent sur leur poitrine; l'autre sur le cou-de-pied, qu'ils tiennent porté en dehors, écartent au même degré les deux membres l'un de l'autre. Pendant ce temps, un troisième aide tient la tête du malade fixée sur son oreiller; un quatrième, placé derrière les deux premiers, fixe le bassin; un cinquième, enfin, présente à l'opérateur les instruments.

(1) *De la situation du pierreux dans l'opération de la taille*, etc., recueil de pièces sur la taille.

C'est alors que celui-ci doit mesurer, des yeux et des doigts, le degré d'écartement des tubérosités de l'ischion, le degré d'allongement du bassin et de profondeur du périnée; qu'il doit s'assurer s'il existe quelque vice de conformation ou non, et déterminer, d'après les observations qu'il aura faites, la longueur, la direction et la profondeur qu'il donnera à l'incision.

La plaque du cathéter étant alors un peu inclinée vers l'aine droite, et la convexité de sa courbure étant pressée contre le côté gauche du périnée, l'opérateur peut la maintenir lui-même dans cette position. Les heureux résultats de cette pratique me portent à penser qu'il vaut mieux prendre ce parti que de confier le cathéter à un aide, qui peut, en inclinant trop la plaque du cathéter sur le ventre, en faire souvent sortir l'extrémité de la vessie, ou en appuyant avec trop de force contre le périnée, rapprocher trop sa courbure du rectum; qui, en un mot, soit par défaut d'attention ou d'intelligence, ne pouvant pas agir de concert avec l'opérateur, loin de seconder ses vues, les contrarie souvent. Qu'on ne dise pas qu'il est plus difficile à l'opérateur de rencontrer le cathéter, lorsqu'il a une main employée à tenir cet instrument, que lorsque lui-même dirige avec le doigt la pointe du bistouri dans sa cannelure : l'expérience prouve le contraire; l'œil juge plus promptement, et presque toujours plus sûrement, de la position de la partie du cathéter cachée dans les chairs, par celle qui est au-dehors, que ne le fait le doigt lui-même. Si l'opérateur préfère confier le cathéter à un aide, sa main gauche, devenue libre, relève les bourses avec son bord cubital, et il tend le périnée avec le pouce et l'indicateur appliqués sur les côtés du raphé. Dans l'autre cas, les bourses devront être soulevées avec le dos de la main d'un aide, qui tendra un peu la peau avec l'indicateur et le doigt du milieu, qu'il appliquera sur les côtés du raphé, en les écartant.

Incision des parties extérieures et de l'urètre. — Il est plus important de déterminer le point précis où doit commencer cette incision : les uns, dans l'intention d'éviter l'ar-

tère transverse du périnée et le bulbe de l'urètre, l'ont commencée à quelques lignes seulement de l'anus (1), d'autres à sept ou huit lignes ; tous s'exposent à blesser le rectum, s'ils donnent à leur incision l'obliquité accoutumée, ou bien à couper l'une ou l'autre des branches de l'artère honteuse, lorsque, pour éviter le rectum, ils dirigent leur incision en travers ; les autres, pour l'éviter aussi, commencent cette incision fort haut, et entament presque toujours le muscle bulbo-caverneux, le bulbe de l'urètre, et l'artère transverse du bulbe, inconvénients beaucoup moins graves que le premier. Il est un juste milieu à prendre entre ces extrêmes : il consiste à commencer l'incision à douze ou quinze lignes de l'anus. De cette manière, on peut conduire l'incision des parties externes entre le rectum et la tubérosité de l'ischion sans exposer les malades à aucuns dangers.

Cette première incision, bornée à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, ne met pas ordinairement le canal de l'urètre à nu, et on doit couper plus profondément tout ce qui se présente, jusqu'à ce qu'on ait découvert le cathéter. Guidant alors de l'œil la pointe du bistouri, on l'enfonce dans la cannelure du cathéter, qu'on soulève au même instant pour l'éloigner du rectum. Si l'on veut conduire le bistouri dans la cannelure du cathéter avec le doigt, on cherchera celle-ci avec l'indicateur de la main gauche porté vers l'angle supérieur de la plaie; on engagera l'ongle de ce doigt, placé de champ, dans sa cannelure, et l'on fera glisser sur cet ongle la pointe du bistouri, avec lequel on ouvrira le canal dans une étendue de huit lignes. On évitera de trop relever le manche du bistouri, de peur de traverser la paroi inférieure de la partie membraneuse de l'urètre, et de blesser le rectum.

L'opérateur a-t-il incisé le canal de l'urètre sans autre guide que l'œil et la main? Il faut qu'il continue à faire glisser le couteau sur la cannelure du cathéter, s'il veut terminer l'opération avec cet instrument; sinon, il faut qu'après

(1) Pouteau, *Taille au niveau.*

avoir fait au canal de l'urètre une incision de six ou huit lignes, il retire le bistouri, et que, sans déranger le cathéter, de peur de faire changer les rapports de l'incision faite à ce canal avec sa cannelure, il substitue au bistouri l'instrument qui doit terminer l'opération. A-t-il, au contraire, conduit le bistouri sur l'ongle de l'indicateur gauche? L'incision étant terminée, il retirera l'instrument, en ayant soin de laisser, dans la cannelure du cathéter, l'ongle de l'indicateur, dont il se servira utilement comme d'un conducteur.

Incision du col de la vessie. — Ici commencent à se manifester les infinies variétés que l'esprit inventif des chirurgiens du dernier siècle a apportées dans cette partie de la lithotomie. Quelque nombreuses que soient ces variétés, elles peuvent être rapportées à un certain nombre de chefs, En effet, ces incisions étant toujours pratiquées sur les mêmes parties et dans les mêmes directions, elles ne peuvent varier que par leur étendue ou par la manière d'agir des instruments.

Le col de la vessie et la glande prostate ne sont qu'entamés, pour ainsi dire, dans les procédés de cette opération qui suivirent l'usage du grand appareil, et qui précédèrent la taille de frère Jacques et de Cheselden; aussi remarque-t-on dans ces divers procédés un grand nombre d'inconvénients reprochés au grand appareil, c'est-à-dire des difficultés dans l'extraction des pierres, des déchirures, des fistules et des incontinences d'urine.

On prévient ces inconvénients, il est vrai, lorsqu'on pratique de grandes incisions au col de la vessie; mais on retombe dans d'autres qui ne sont pas moindres; tels sont des infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire voisin de la prostate et du rectum, des abcès qui en sont la suite, et principalement une sorte d'inertie du col de la vessie et même de la totalité de la plaie faite aux parties molles, inertie qui tient peut-être à la trop grande étendue du contact de l'urine, et peut-être aussi à la difficulté que les deux parties de la prostate, séparées plus ou moins complétement par l'incision, éprouvent à se rapprocher.

Il est heureusement entre ces extrêmes un juste milieu que les praticiens observateurs ont pris depuis quelque temps, c'est de faire au col de la vessie et à la prostate une incision de moyenne étendue qui comprenne toutes les parties inférieures de ces organes, et les mette à l'abri de la distension ; de déchirer un peu la prostate avec le doigt, lorsque l'incision faite aux parties ne paraît pas proportionnée au volume présumé du calcul.

Les instruments employés à faire l'incision du col de la vessie sont portés sur lui de deux manières : de dehors en dedans ou de dedans en dehors. Dans le premier cas, ces instruments, poussant le col de la vessie au-devant d'eux, ne font souvent que l'entamer dans sa partie la plus étroite, et ils n'atteignent pas sa partie la plus large. Dans le second cas, ils atteignent sûrement le col de la vessie, qui, n'ayant pas les mêmes moyens de se soustraire à leur action en se portant en avant, est toujours incisé plus ou moins profondément.

Dans l'impossibilité où je suis de faire connaître la foule des moyens imaginés pour faire cette incision, j'en choisirai deux parmi ceux que le temps et l'expérience ont consacrés : le couteau de Cheselden et le lithotome caché de frère Cosme.

Le couteau de Cheselden n'est autre chose qu'un bistouri dont la lame est fixée d'une manière immobile sur son manche ; cette lame, très courte, est étroite et polie en arrière ; elle devient un peu plus large en avant, où elle se termine par un tranchant convexe et par un dos légèrement concave. Après avoir fait avec cet instrument, tenu à pleine main, l'incision des téguments et celle des graisses superficielles et profondes, Cheselden portait l'indicateur de la main gauche dans l'angle supérieur de la plaie ; il cherchait la cannelure du cathéter avec l'ongle de ce doigt, qu'il plaçait de champ aussitôt après l'avoir trouvée, et sur lequel il guidait ensuite le couteau vers le cathéter. Dès que ce couteau y était parvenu, il faisait relever la sonde sous la symphyse des pubis, et, par un double mouvement imprimé au cou-

teau en avant et en bas, par la main droite et par le doigt indicateur de la main gauche, il incisait le canal de l'urètre et le col de la vessie en entrant et la prostate en sortant.

L'instrument de frère Cosme est plus compliqué : c'est une espèce de lame étroite et longue, un peu courbée sur ses bords, et cachée dans une gaîne mince, fendue suivant sa longueur, fermée à son extrémité, et terminée par une languette longue de quelques lignes. Cette lame donne naissance en arrière à une bascule qui s'en sépare en faisant coude avec elle. C'est à l'aide de cette bascule et d'une vis qui la tient unie au reste de l'instrument qu'elle se meut sur un manche continu à la gaîne et taillé à pans inégaux, marqués 5, 7, 9, 11, 13, 15, lesquels pouvant être présentés successivement à cette bascule, ne lui permettent, ainsi qu'à la lame à laquelle elle est unie, que les mouvements d'une étendue réglée et certaine.

L'incision des parties extérieures et celle du canal de l'urètre ayant été faites, on porte l'indicateur de la main gauche dans la cannelure du cathéter; et, sur l'ongle de ce doigt, on fait glisser l'extrémité de la languette du lithotome caché qu'on tient de la main droite. L'opérateur saisissant alors de la main gauche la plaque du cathéter, s'assure, par la correspondance qui existe entre ces instruments, que la pointe du lithotome est bien dans la cannelure : abaissant alors légèrement la plaque du cathéter, et poussant en même temps le lithotome jusqu'à l'extrémité de sa cannelure, il le fait arriver dans la vessie. Une fois qu'il y est arrivé, on retire le cathéter, et présentant à la bascule des pans différents, suivant la profondeur qu'on se propose de donner à l'incision du col de la vessie et à celle de la prostate, on saisit avec la main gauche le noyau ou le centre de l'instrument, pour le porter sous la symphyse, tandis qu'avec la main droite on dirige son tranchant en bas et en dehors, c'est-à-dire vers la tubérosité de l'ischion. Pressant alors sur la bascule avec la main droite, attirant à soi le lithotome dans une direction horizontale, si le malade est dans cette position, et abaissant ensuite un peu le poignet, on fait au col de la vessie, à la

prostate, et même, si on le veut, aux parties extérieures, une incision oblique comme celle des téguments.

L'instrument de *Cheselden* est plus simple que le lithotome caché; il est plus complétement sous la puissance de l'intelligence qui le dirige, et par là son action, comme celle de tous les instruments simples, est susceptible d'une foule de modifications qu'exigent les indications nées des maladies ou du moment, lorsqu'elles sont aperçues par le praticien exercé : pour ces raisons, il peut être dangereux entre des mains inhabiles ; il peut faire une ouverture insuffisante à la prostate, si la crainte empêche de l'enfoncer à une profondeur convenable ; ouvrir le rectum, si sa pointe est dirigée en bas; se porter entre cet intestin et la vessie, s'il abandonne la cannelure du cathéter ; blesser le bas-fond de la vessie, s'il est poussé avec trop de force dans la cavité de cet organe ; couper quelqu'une des artères qui marchent le long de la branche ascendante de l'ischion, s'il est dirigé trop en dehors, etc.

Le lithotome caché de *frère Cosme* se plie moins que le couteau de *Cheselden* aux inspirations du praticien habile; mais il est moins susceptible des écarts que l'autre favorise. Ce n'est pas qu'il ne puisse aussi donner lieu à de fâcheux accidents : il peut abandonner la cannelure du cathéter; il peut blesser la vessie avec sa pointe, avec son tranchant lorsqu'il est trop enfoncé ou trop largement ouvert dans sa cavité, ou lorsqu'il est vicieusement dirigé vers le bas-fond de cet organe ; il peut couper le rectum, s'il n'est assez exactement dirigé vers l'ischion; ou bien, au contraire, les vaisseaux honteux, si on le dirige trop en dehors : il est d'ailleurs fort loin de produire, au même degré d'ouverture, des incisions semblables chez tous les sujets.

Malgré ces inconvénients, et d'autres encore, que *Le Cat* fit trop valoir, ou qu'il exagéra (1), le lithotome caché de *frère Cosme* est, sans contredit, un des meilleurs instruments qu'on ait employés à la lithotomie.

(1) Recueil de pièces concernant l'opération de la taille. — Parallèle de la taille latérale de M. Le Cat avec celle du lithotome caché.

Extraction des calculs. — Il ne suffit pas d'introduire les tenettes dans la vessie, et d'en écarter les mords au hasard pour trouver la pierre; on peut, en agissant ainsi, faire inutilement de fort longues et de fort dangereuses tentatives avant de réussir. Pour la trouver sans peine, il faut la chercher avec méthode. La meilleure consiste à se servir de la tenette dont les anneaux sont réunis dans la main droite et dont les mors sont rapprochés, comme d'une sonde exploratrice que l'on dirige successivement vers les divers points de la vessie, jusqu'à ce que le choc qui résulte de la rencontre de la pierre fasse découvrir quel point elle occupe.

Quelquefois, malgré cette précaution, on ne la rencontre pas, parce qu'elle est cachée derrière les pubis, logée au sommet de la vessie, ou bien dans son bas-fond, au-dessous du niveau de l'ouverture pratiquée à son col. Dans ce cas, le doigt ou des tenettes courbes, dirigés successivement vers les divers points de la vessie, la font souvent découvrir.

Lorsqu'une pierre de moyen volume a échappé aux recherches les plus attentives, on la ramène vers le bas-fond de la vessie, et on l'oblige à se placer d'elle-même entre les mors de la tenette, en saisissant chacun de ses anneaux avec une main, les écartant l'un de l'autre, et leur faisant exécuter un mouvement en quart de cercle de gauche à droite, mouvement en vertu duquel les cuillers de la tenette se placent l'un vers le sommet, l'autre vers le bas-fond de la vessie, dans lequel vient presque toujours tomber le calcul, qu'on saisit en rapprochant alors les mors de la tenette.

On reconnaît qu'une pierre ordinaire a été saisie, à l'écartement des branches de la tenette, et à la résistance qu'on éprouve à les rapprocher; on reconnaît qu'elle est bien saisie, à l'immobilité de leurs cuillers qui, l'embrassant exactement, ne sauraient glisser à sa surface; à l'invariabilité de la pierre, lorsque les tenettes l'ont amenée à l'orifice interne de la plaie. On connaît, aux signes contraires, qu'elle est mal chargée, et il faut dès lors chercher à la mieux saisir.

A-t-elle été saisie convenablement? Il faut placer les anneaux, et conséquemment les cuillers des tenettes, rassemblés

dans la main droite, vis-à-vis les angles des plaies, c'est-à-dire dans le sens du plus grand diamètre de l'ouverture ; et par des mouvements modérés, exercés tantôt dans ce sens, tantôt dans un autre, engager la pierre dans le col de la vessie, le lui faire franchir et l'extraire. Pendant toute le temps de l'extraction, les lèvres de la plaie du périnée doivent être soutenues avec le doigt du milieu et l'indicateur de la main gauche.

Ces règles suffisent pour l'extraction des calculs faciles à trouver, et de volume ordinaire. Il faut d'autres règles pour d'autres cas.

a Certaines pierres se présentent de manière à ce que, chargées par leurs plus grands diamètres, elles donnent un trop grand écartement aux branches des tenettes ; d'autres, de manière à déborder leurs cuillers, ce qui fait qu'elles échappent : dans les deux cas, il faut les abandonner, et chercher à les ressaisir d'une manière plus favorable.

b La vessie contient souvent plusieurs calculs à la fois ; et le moindre d'entre eux, abandonné dans la cavité de cet organe, peut y entretenir les incommodités de la pierre. On doit, pour éviter ce fâcheux événement, examiner avec soin la surface du calcul ; explorer, avec le bouton, l'intérieur de la vessie, toutes les fois qu'on a lieu de soupçonner l'existence simultanée de plusieurs calculs ; et extraire enfin tous ceux qu'on découvrira, à moins que cette extraction ne devienne trop fatigante pour le malade.

c Très souvent on ne trouve pas la pierre, quoiqu'elle existe dans la vessie ; il faut alors faire des perquisitions avec le doigt, avec le bouton, changer la position du malade, presser sur la région hypogastrique, soulever le bas-fond de la vessie avec le doigt introduit dans le rectum, se servir de tenettes recourbées propres à les trouver et à les saisir derrière les pubis et dans le bas-fond de la vessie.

d La mollesse d'une pierre qui n'offre aucune résistance aux branches de la tenette oblige à réitérer jusqu'à deux, trois, ou même un plus grand nombre de fois l'introduction de cet instrument dans la vessie : il ne faut discontinuer ces extractions que lorsque la vessie est débarrassée ; et alors

même il faut faire des injections dans son intérieur, et entretenir écartées les lèvres de la plaie.

e Dans d'autres cas, qui sont beaucoup plus rares, la vessie est tellement remplie par le calcul, elle est tellement contractée sur lui, qu'on ne peut introduire les tenettes ordinaires. On doit alors se servir des tenettes-forceps, dont les branches séparées offrant peu de volume, glissent aisément entre le calcul et la vessie.

f Certaines pierres ont un volume si considérable, qu'elles ne sauraient être extraites par-dessous les pubis. L'art consiste à juger de bonne heure s'il est possible de les extraire par le périnée, ou s'il est nécessaire de recourir à la taille au-dessus des pubis, et à exécuter aussitôt le parti que la raison a conseillé.

g L'expérience n'a pas encore prononcé si, dans les cas de pierres volumineuses, il vaut mieux les briser dans la vessie, que de les extraire avec violence, ou bien par une seconde opération. La consistance de ces pierres, la facilité plus ou moins grande qu'on éprouve à faire agir dans la vessie un brise-pierre, doivent un peu influer sur le parti à prendre. Mais ne faut-il pas regarder ces manœuvres comme bien plus dangereuses qu'une seconde opération faite à temps ?

h La vessie offre assez souvent, apparentes à sa surface intérieure, des cellules dans lesquelles les pierres s'engagent, et où elles produisent tous les symptômes, tous les accidents des calculs vésicaux, sans qu'on puisse les trouver : des hasards heureux les font sortir quelquefois de leur cavité, ou les font découvrir (1).

i S'il y a une pierre enkystée ou enchatonnée, des exemples célèbres (2), parmi lesquels tient le premier rang celui qui a été donné par M. le professeur Percy (3), prouvent qu'on pourrait la dégager à l'aide d'un bistouri boutonné, d'un kiotome, ou de quelque instrument analogue.

(1) Ledran, *Observ. de chirurg.*

(2) Collot, Ledran, Garengeot, Houstet, Desault, etc.

(3) Taille très laborieuse faite en deux temps, *Journ. de méd.* t. LXXIX.

l Enfin, si le nombre des pierres était très grand, et si le malade, épuisé, paraissait hors d'état de supporter une opération plus longue, il faudrait, malgré le précepte général, remettre l'extraction à un autre jour, c'est-à-dire faire la taille en deux temps, ainsi que l'ont conseillé Celse, Albucasis, Franco, Camper, Louis et autres.

Accidents de l'opération. — Deux accidents principaux accompagnent ou suivent l'opération de la taille, et sont tellement liés à cette opération, qu'ils font, en quelque sorte, une partie nécessaire de son histoire. Ces accidents sont l'hémorrhagie et la lésion du rectum ; les autres accidents auxquels elle peut donner lieu n'y sont pas liés d'une manière aussi intime.

Il ne faut pas prendre, pour hémorrhagie, un écoulement qui se fait par les extrémités de vaisseaux de calibre médiocre, et qui produit un dégorgement salutaire.

Les véritables hémorrhagies sont de deux sortes : primitives, ou consécutives. Les premières, les seules qui doivent nous occuper, surviennent au moment de l'opération, ou peu de temps après : elles résultent de l'écoulement immédiat du sang par les bouches des vaisseaux divisés ; et leur force est proportionnée au calibre de ces vaisseaux : elles tiennent surtout à la lésion, 1° de l'artère superficielle du périnée ou de quelqu'une de ses branches ; 2° de l'artère transversale ; 3° de l'hémorroïdale inférieure ; 4° de quelques hémorroïdales internes ; 5° enfin, à l'ouverture de l'artère honteuse interne elle-même.

Les rameaux que l'artère superficielle du périnée distribue aux parties soumises à la taille ne peuvent donner lieu à des hémorrhagies, que dans les cas où leur calibre est augmenté : et on peut presque toujours découvrir leurs extrémités, les saisir et les lier. L'ouverture de l'artère superficielle du périnée résulte quelquefois de ce que l'incision a été trop éloignée du raphé, et trop rapprochée de l'arcade des pubis ; d'autres fois elle résulte de ce que le lithotome a été porté trop près de la branche ascendante de l'ischion, à la hauteur de laquelle cette artère devient superficielle, de profonde

qu'elle était. Lorsqu'elle est la source d'une hémorrhagie, on voit ordinairement le sang couler de la partie superficielle de la lèvre externe de la plaie ; et, dans ce cas, il est encore aisé de la saisir et de la lier : il serait plus difficile, au contraire, de l'apercevoir et d'en faire la ligature, si elle avait été ouverte près de son origine.

L'artère transverse est si rapprochée de la symphyse des pubis, qu'elle ne saurait être blessée dans la taille latéralisée, à moins que cette opération ne soit faite contre tous les préceptes de l'art, ou que cette artère ne soit placée fort bas par l'effet de quelqu'une de ces variétés dont le système artériel offre tant d'exemples : elle doit l'être toujours, au contraire, dans la taille latérale de Foubert et de Thomas. L'artère hémorroïdale inférieure est quelquefois ouverte, lorsqu'elle est située plus en avant que de coutume, ou bien encore lorsque l'extrémité de l'incision a été prolongée, pour quelque raison que ce soit, au-delà de la ligne qui s'étend de la tubérosité de l'ischion à l'anus, sur laquelle ligne cette artère se trouve très communément. Les artères hémorroïdales internes qu'on voit ramper dans le tissu cellulaire autour du rectum, entre cet intestin, la partie membraneuse du canal de l'urètre et la prostate, me paraissent avoir été les sources de plusieurs hémorrhagies, qu'on a faussement attribuées à des veines variqueuses.

Il est rare que l'artère honteuse interne, située à la partie intérieure de la branche de l'ischion, soit blessée dans la lithotomie : cette lésion arrive pourtant quelquefois, soit par l'effet de quelque variété dans la position de cette artère, soit parce que la pointe du lithotome est portée en dehors pendant l'opération, son manche étant dirigé en sens opposé.

Le lithotomiste doit avant tout chercher à découvrir de quel vaisseau provient le sang; s'il peut l'apercevoir et le saisir avec une pince à disséquer, ou bien l'embrasser avec une aiguille droite, courbe, simple ou emmanchée, il en fera aussitôt la ligature; mais il arrive souvent que ces vaisseaux ne sont ni assez apparents, ni assez superficiels pour être liés.

Aura-t-on recours alors aux aspersions d'eau froide, aux applications d'eau vinaigrée? Ces moyens réussissent quelquefois; mais dans ces cas-là même, ils ne sont pas exempts de dangers. J'avais opéré de la pierre, à peu près dans le même temps, un jeune homme à Sens et un enfant à l'Hôtel-Dieu de Paris : ils furent pris tous deux d'hémorrhagie, quoique l'opération eût été facile chez l'un et chez l'autre. Le premier, après avoir perdu une très grande quantité de sang, était déjà dans un grand état de faiblesse, lorsque M. Flaubert (1) lui fit, sur les cuisses et sur le ventre, des aspersions d'eau froide qui arrêtèrent subitement l'hémorrhagie. Le second n'avait perdu qu'une médiocre quantité de sang lorsqu'on lui fit des aspersions semblables, qui arrêtèrent en effet l'hémorrhagie comme chez le premier; mais il fut pris presque aussitôt de douleurs aiguës dans les fosses iliaques; et le tissu cellulaire du bassin tomba en suppuration.

Nul doute que la compression ne soit beaucoup plus efficace que ces derniers moyens, et qu'elle ne doive être employée dans les cas d'hémorrhagies, contre lesquelles la ligature n'offrirait aucune ressource. Est-on obligé d'y recourir? Après avoir porté dans la vessie et avoir ramené au bord inférieur de la plaie, suivant le précepte de M. le professeur Richerand (2), une canule d'argent ou de gomme élastique terminée en cul-de-sac, et percée d'un œil double, on introduira profondément dans la plaie un gros bourdonnet lié, et dans l'écartement de ses fils, on en placera un second, un troisième, et même un plus grand nombre, si cela est nécessaire, et on nouera les fils sur le dernier bourdonnet. On conçoit qne ce moyen ne saurait manquer de succès, à moins qu'il n'arrive que le sang épanché dans la plaie ne sorte par la verge, ainsi que j'en ai entendu citer un exemple remarquable par M. le professeur Pelletan.

Quelque efficace que soit ce moyen, on ne saurait dissi-

(1) Chirurgien de l'École de Paris, maintenant chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen.

(2) *Nosographie chirurgicale*, 1812.

muler qu'il ne puisse donner lieu à des suites très graves, et que la chirurgie cherche encore contre ces hémorrhagies un moyen efficace et qui soit sans danger. N'est-il pas permis de penser qu'on pourra le trouver dans la cautérisation méthodique des vaisseaux ouverts, faite à l'aide d'un cautère conduit dans une canule?

Si de nombreuses expériences faites sur le cadavre permettaient de conclure sur ce qui arriverait à des sujets vivants, je dirais qu'il m'a toujours été facile de diriger sur quelque point que ce soit, de l'étendue de la plaie faite au périnée, un cautère en roseau.

Dans ces essais, le corps était dans la position requise pour l'opération de la taille ; l'extrémité de la canule, dirigée vers la lèvre externe de la plaie, était appuyée d'une manière invariable sur le lieu à cautériser ; et un aide plongeait le cautère dans cette canule, l'y laissait séjourner, le retirait ou l'enfonçait avec la plus grande facilité.

Lésion du rectum. — Un des plus redoutables accidents de la section latérale du col de la vessie et de la prostate, c'est la lésion du rectum, qu'on ne peut apprendre à éviter qu'en étudiant avec soin les causes capables de la produire.

Cette lésion a quelquefois lieu dans un instant et dans un lieu tellement précis, qu'il serait difficile à un observateur un peu attentif de n'en pas saisir la cause. Je veux parler du moment où les parties extérieures ayant été divisées, l'opérateur enfonce la pointe du bistouri dans la cannelure du cathéter pour inciser la partie membraneuse du canal de l'urètre ; si, au premier vice d'une incision faite trop près de l'anus, se joint un mouvement d'élevation du manche de l'instrument pour en faire glisser la pointe le long de la cannelure du cathéter, cette pointe, dirigée en bas, traverse presque toujours la faible épaisseur des parties qui, dans ce point, séparent le canal de l'urètre de la cavité du rectum.

La lésion du rectum, produite par cette cause, n'est souvent qu'une simple piqûre, laquelle permet au gaz et à de très petites quantités de matières fécales seulement de passer dans la plaie du périnée.

Cette lésion tient quelquefois à la hauteur à laquelle est commencée l'incision des parties extérieures. Elle est très commune dans la pratique de ceux qui, sous le prétexte de s'éloigner plus sûrement de l'artère transverse du périnée ou du bulbe de l'urètre, commencent l'incision extérieure à quelques lignes de l'anus. Tel est même le vice attaché à cette manière, que si, pour éviter l'intestin, on donne à l'instrument une direction qui l'en éloigne, forcé alors de le porter presque transversalement vers la tubérosité de l'ischion, on coupe toujours l'artère superficielle du périnée, et quelquefois le tronc de l'artère honteuse elle-même.

Cet accident arrive, d'autres fois, au moment où le lithotome caché est retiré de la vessie pour faire l'incision latérale de son col. Dans ce moment marqué par de vives douleurs, les malades faisant de violents efforts, par lesquels les viscères abdominaux sont poussés vers le périnée et vers la plaie, le col de la vessie et la prostate étant entraînés au dehors par la lame du lithotome qui les presse, il n'arrive que trop souvent au rectum refoulé, au-devant de la prostate, d'être coupé à peu près comme le serait un pli fait à la peau qu'on incise, en l'éloignant des parties qu'elle revet. Cette ouverture et la précédente sont bien plus dangereuses que la première, en ce qu'elles sont plus profondes, et presque toujours plus étendues.

Il est des hommes adultes, et bien plus souvent encore des vieillards, chez qui le rectum, dilaté outre mesure, embrasse la partie postérieure de la prostate, s'élève sur ses côtés et sur ceux de la partie membraneuse de l'urètre, et reçoit, en quelque sorte, ces organes dans un enfoncement de sa partie antérieure. J'ai rencontré quelquefois cette disposition, déjà observée par Camper, en examinant le bas-fond de la vessie, la prostate et le canal de l'urètre, sur des cadavres dont j'avais fendu le rectum, suivant la longueur de sa paroi postérieure ; et, sur le vivant, en introduisant le doigt dans le rectum, et le promenant sur la face antérieure de cet intestin, pour diriger le bec d'une sonde dans la vessie d'hommes atteints de rétention d'urine : il n'y a pas à hésiter sur le parti

à prendre, lorsque cette disposition est connue; il faut, si le calcul n'a qu'un volume ordinaire, se borner à faire au col de la vessie une ouverture fort petite, qu'on agrandit par déchirure ou par dilatation. Si le calcul est un peu plus volumineux, il faut employer le grand appareil de préférence à tout autre, et peut-être, enfin, pratiquer le haut appareil dans le cas de calcul très volumineux.

La situation de la vessie sur un plan plus élevé qu'aux autres époques de la vie, est, chez les enfants, une cause particulière de blessure de l'intestin. Il résulte, de cette situation, que, si l'on plonge un lithotome dans la vessie, ou que, si on l'en retire dans une direction horizontale, dans le premier cas, il glisse entre la vessie et le rectum, et pénètre dans l'intestin ; et, dans le second, après avoir coupé le col de la vessie et traversé la prostate, alors fort petite, il divise le rectum suivant sa longueur. D'où il est facile de conclure que, pour éviter le rectum chez les enfants auxquels on fait l'opération de la taille dans la situation ordinaire, il faut, soit que l'on incise les parties de dehors en dedans, ou de dedans en dehors, donner à l'instrument une direction parallèle à celle d'une ligne qui, partant de l'ombilic, se rendrait à la tubérosité de l'ischion du côté gauche ; et, conséquemment, qu'il faut toujours tenir le manche de l'instrument plus bas et sa pointe plus élevée que dans l'adulte.

L'ouverture du rectum tient quelquefois à la gangrène causée par la meurtrissure que le gros intestin a éprouvée dans l'extraction d'un calcul volumineux, hérissé de pointes, ou même dans celle d'un calcul de volume ordinaire, mais qu'on a fait sortir par une ouverture trop petite ; et de même qu'on voit des fistules vésico-vaginales ne se déclarer que huit ou dix jours après l'accouchement, qui a entraîné la désorganisation des parois du vagin et des voies urinaires ; de même aussi on voit les fistules dont il s'agit ne se déclarer qu'après huit, dix, douze, et quelquefois quinze jours de l'opération de la taille, qui a entraîné la désorganisation du rectum. La gravité de celle-ci est proportionnée à la perte de substance qu'ont éprouvée les parties, à l'étendue et à la situation de la fistule qui s'est établie entre elles.

Enfin elle tient, dans quelques cas, à des déformations du périnée produites par des luxations consécutives du fémur : alors la cuisse, vicieusement dirigée en dedans, recouvre le périnée et masque tellement les rapports du raphé et de la tubérosité de l'ischion, qu'il serait difficile et dangereux (1) de pratiquer l'opération de ce côté. La même chose a lieu lorsque, par l'effet d'un vice de conformation, dont M. Deschamps a rapporté un exemple si remarquable (2), le rectum se trouve placé sur le côté gauche de la prostate et du col de la vessie. Dans ces deux cas, il faut pratiquer la lithotomie sur le côté droit du périnée.

Méthode par incision du corps de la vessie sous les pubis. Nous avons déjà dit quels efforts les praticiens et les anatomistes les plus distingués du XVIIIe siècle avaient faits pour se frayer une route dans la cavité de la vessie, en faisant à son corps, sous les pubis, une plaie qui n'intéressât pas son col.

Les praticiens, faussement persuadés sur une indication peu exacte du procédé de Raw, donnée par Albinus (3), que cet opérateur pénétrait dans la vessie en suivant cette voie, ne se relâchèrent de leurs recherches que lorsqu'ils eurent retrouvé la taille latéralisée, qu'ils ne cherchaient pas. De leurs efforts naquit pourtant une méthode, à laquelle seule convient le titre de méthode latérale. Dans les premiers essais faits à ce sujet par Bambert et par Cheselden, la vessie étant injectée, un cathéter étant introduit dans sa cavité, ils faisaient aux téguments et aux graisses du périnée, du côté gauche, une incision longue de plusieurs travers de doigt, laquelle commençait à quelque distance au devant de l'anus, et s'étendait vers la tubérosité de l'ischion entre les muscles érecteurs et les accélérateurs.

Jusque là on n'aperçoit aucune différence entre cette méthode et la précédente. Ces différences commencent ici ; car,

(1) Deschamps, *Traité hist. et dogm. sur la taille.*

(2) Même ouvrage.

(3) *Appendix ad indicem supellectilis anatomicæ.* Leid. 1725.

au lieu de chercher la sonde et d'inciser sur elle ou près d'elle, Bambert continuait à inciser entre l'accélérateur, l'érecteur et le triangulaire, allant droit à la partie latérale et antérieure de la vessie, dans laquelle il plongeait le couteau. Cheselden suivait à peu près la même marche, et arrivait au même résultat, c'est-à-dire à ouvrir la partie latérale du col de la vessie. Cheselden ne borna pas ses recherches à des expériences sur le cadavre ; il fit des épreuves de cette méthode sur le vivant. Le succès n'en fut pas heureux, et dès lors cette méthode put être jugée. Cependant les recherches continuèrent en France, où Morand tentait inutilement, sur le cadavre, l'opération de Raw, telle qu'elle était décrite par Albinus, et où Ledran (1) persistait à chercher les moyens de pénétrer dans la vessie par les parties latérales de son corps (2).

Ledran assura qu'il avait réussi, en modifiant la forme du cathéter décrit par Albinus, à rendre la vessie assez saillante au fond de la plaie du périnée, pour la sentir avec le doigt, et pour l'inciser d'une manière certaine dans tous les cas. Ce cathéter offrait, à l'endroit de sa courbure, une sorte de talon qui, étant reçu dans la vessie, la tenait soulevée comme une sorte de crochet. Le bec de ce cathéter était raccourci, pour que ce talon fût plus sûrement reçu dans la vessie ; et la cannelure pratiquée sur sa convexité était percée à jour supérieurement.

Voici quelle était sa manière d'opérer : la sonde, introduite dans la vessie, et son talon placé sous la partie de cet organe qui devait être incisée ; les parties molles extérieures étaient divisées, comme nous l'avons dit plus haut. L'opérateur portait alors, au fond de la plaie, un lithotome couché sur l'indicateur de la main droite. L'instrument dépassait seulement de quelques lignes le doigt qui lui servait de guide et de conducteur ; aussitôt qu'il sentait le talon de la sonde, il enfonçait le lithotome dans la cannelure, laquelle étant percée à jour à cet endroit, le recevait et lui permettait de se

(1) *Parallèle des différentes manières de tailler.*

(2) Voyez *Opuscules de Morand.*

mouvoir et de couper la vessie, tant en haut qu'en bas. L'incision faite, il retirait le lithotome ; et, mettant à sa place un gorgeret, il retirait sans doute aussi la sonde, et portait enfin des tenettes dans la vessie, afin d'extraire la pierre.

Après avoir ainsi perfectionné les moyens d'arriver au corps de la vessie, Ledran parut convaincu qu'il avait trouvé le procédé de Raw. Cheselden, mieux conseillé, avait pensé avec raison qu'il fallait le chercher ailleurs ; et ses tentatives, dirigées vers un autre but, le conduisirent à un résultat bien autrement utile que celui auquel Ledran était parvenu. On ne voit pas en effet que Ledran lui-même ait continué à employer sa méthode, malgré quelques succès qu'il ait prétendu avoir obtenus.

Cependant, l'espoir de retrouver la méthode de Raw, et la persuasion où l'on était que la perfection de l'opération de la taille devait consister à inciser le corps de la vessie au lieu de son col, eurent assez d'empire sur Foubert pour le déterminer à des essais analogues aux précédents, quant au but qu'il se proposait, mais différents par les moyens qu'il employait. Foubert éprouva d'abord, sur des cadavres, que l'on peut pénétrer jusqu'à la vessie, lorsqu'elle est pleine, à l'aide d'un troquart plongé dans le milieu de l'espace compris entre les muscles accélérateur, érecteur et transverse du périnée; et qu'on pouvait facilement arriver aux parties latérales de la vessie, en incisant le périnée avec un bistouri conduit sur la cannelure de la canule du troquart. Il fit construire pour cela un troquart long de quatre à cinq pouces, pourvu sur toute sa longueur, à l'extérieur, d'une cannelure destinée à servir de conducteur au lithotome, et à l'intérieur d'un canal qui pût, en laissant échapper les urines, avertir du moment où il serait arrivé dans la vessie; à ce troquart il ajouta un lithotome coudé, d'une longueur proportionnée à l'épaisseur du périnée, et légèrement boutonné à son extrémité. Ainsi disposé, le lithotome pouvait parcourir sans peine la cannelure du troquart, arriver à la vessie et pénétrer dans sa cavité, sans qu'elle fût exposée à être blessée par sa pointe.

Lorsqu'il voulait opérer des calculeux, il leur faisait des injections dans la vessie ; il leur recommandait de conserver leur urine, ou même il leur administrait quelquefois des diurétiques, par l'usage desquels la vessie acquérait sensiblement, chez plusieurs, une capacité plus grande.

Au moment même de l'opération, il exerçait une compression sur la verge, avec une sorte de crémaillère, pour empêcher que la vessie se vidât. Mettant ensuite le malade dans la même situation que pour le grand appareil, faisant relever le scrotum et comprimer la région épigastrique ; mettant l'indicateur gauche dans le rectum, afin de le détourner de l'espace que devait parcourir le troquart, il tenait ce dernier instrument de manière que sa cannelure fût dirigée vers les pubis ; et l'enfonçant ensuite, dans une direction horizontale, au côté interne de la tubérosité de l'ischion jusqu'à ce qu'il fût arrivé dans la vessie, ce dont il était averti par l'écoulement de l'urine ; retirant alors l'extrémité du troquart au dedans de sa canule, il portait dans la cannelure le lithotome, qu'il faisait glisser jusque dans la vessie. L'arrivée de cet instrument était presque toujours annoncée par un écoulement plus abondant du liquide contenu dans la vessie. Appuyant alors avec force sur le manche du lithotome, il faisait exécuter à sa pointe un mouvement de bascule, à l'aide duquel il incisait les membranes de la vessie ; puis écartant le manche du lithotome et celui de la canule, il incisait à leur tour les parties extérieures. Retirant alors le lithotome et le troquart, il faisait glisser son gorgeret sur la canule, et sur ce gorgeret il introduisait des tenettes.

Nous avons assez des essais de Cheselden, de Ledran et de Foubert, sans parler de ceux de Thomas et de Palucci, pour asseoir notre opinion sur cette méthode. On se prive, en opérant de la sorte, du plus précieux de tous les avantages qu'on puisse désirer, lorsqu'on veut pénétrer dans la vessie, celui d'être guidé vers cet organe par un cathéter.

Le moyen imaginé par Ledran n'en offre qu'un supplément très imparfait, et la distension par laquelle on espère rendre la vessie plus facile à atteindre, lorsqu'on suit les

procédés de Foubert et de Thomas, est un moyen tout-à-fait infidèle.

Cette opération expose, plus que les autres, aux infiltrations d'urine dans le tissu cellulaire du bassin, et aux abcès qui en sont la suite; et, soit parce qu'on se rapproche plus que dans les autres méthodes du trajet connu des vaisseaux du périnée, soit qu'étant pratiquée dans une direction qui est tout-à-fait perpendiculaire à celle de leurs branches, elle les expose davantage, elle donne lieu, de l'aveu de Cheselden, à des hémorrhagies très graves. Outre les inconvénients qui appartiennent à la méthode en général, il n'est presque aucun de ces procédés qui n'en offre en particulier de plus ou moins graves. Qui pourrait, sans effroi, plonger dans la vessie d'un homme l'instrument de Thomas? Qui ne redouterait pas les méprises dans lesquelles Foubert est tombé? Quant au procédé de Ledran, n'est-il pas démontré que l'on ne doit trouver qu'avec une extrême difficulté un cathéter placé au fond d'une semblable plaie, et qu'il doit être très difficile, surtout, d'engager la pointe d'un lithotome dans la fente étroite du cathéter?

Méthode par incision du corps de la vessie au-dessus des pubis. — Considérations anatomiques. — La métode de tailler au-dessus des pubis est fondée sur la possibilité d'arriver à la vessie par-dessus ces os, sans pénétrer dans le péritoine, et sans donner lieu à un épanchement d'urine dans cette membrane; et cette possibilité est elle-même fondée sur les rapports de la vessie avec la paroi antérieure de l'abdomen.

On sait que le péritoine fournit aux viscères renfermés dans le ventre une enveloppe qui embrasse les uns de toutes parts, et qui se borne à couvrir les autres sur quelques unes de leurs faces seulement.

La vessie est dans ce dernier cas. Le péritoine, après avoir recouvert la partie antérieure de l'abdomen, abandonne cette paroi lorsqu'il est descendu au niveau de la vessie, et se jette sur la face postérieure de cet organe. De cette manière, sa partie antérieure, dépouillée de tout rapport avec le péritoine, touche immédiatement à la paroi antérieure de

l'abdomen et à celle du bassin, auxquelles elle est liée par un tissu cellulaire séreux, dont la flexibilité supplée à cette membrane, et permet à la vessie de s'élever, de s'abaisser, de s'élargir ou de se rétrécir, suivant les quantités d'urine qu'elle contient.

Jusque là l'opération n'offre aucune difficulté. En effet, en supposant que la vessie dépassât toujours les pubis, on n'aurait besoin, pour arriver jusqu'à elle, que de traverser la peau et l'épaisseur des parois de l'abdomen; et soit qu'on intéressât ces parties sur la ligne blanche exactement, qu'on séparât les muscles droits et les pyramidaux d'un côté de ceux du côté opposé, ou qu'on les divisât suivant leur longueur, il est facile de voir que, dans aucun cas, cette partie de l'opération ne saurait offrir ni difficultés ni dangers : ils tiennent à d'autres causes. La vessie, située derrière les pubis, tantôt est entièrement cachée par eux, tantôt les dépasse en s'élevant d'une quantité plus ou moins considérable vers l'ombilic.

Deux circonstances influent principalement sur cette variation : son état de vacuité et son état de plénitude; et lorsqu'elles s'unissent à quelqnes autres causes constitutionnelles, elles font changer tellement les rapports que nous venons d'indiquer, qu'il devient très difficile de les connaître d'avance. La vessie est entièrement cachée par les pubis chez les individus qui l'ont vide, très irritable, chez ceux chez lesquels elle se débarrasse souvent de l'urine, et par petites quantités chaque fois; chez ceux qui l'ont irritée, et, en quelque façon, racornie, par la présence d'un calcul ancien; chez ceux encore dont le bassin très ample permet à cet organe d'acquérir en largeur les dimensions qu'il prend en hauteur chez les autres.

Elle dépasse ordinairement les pubis chez ceux qui l'ont actuellement pleine d'urine, chez les enfants; chez les individus dont le bassin, naturellement étroit, ne saurait la contenir sans gêne; chez ceux qui ne se débarrassent de leur urine que de loin en loin, et en grande quantité chaque fois; chez ceux, en un mot, dans lesquels elle a acquis, par quelque cause que ce soit, une grande capacité.

Lorsqu'une partie de la vessie dépasse les pubis, cette portion représente la petite extrémité d'un ovoïde, dont le diamètre vertical, dirigé de la symphise à l'ombilic, varie depuis quelques lignes jusqu'à quelques pouces, et dont la base, proportionnée à la largeur de la vessie, n'a pas besoin d'être mesurée.

C'est dans l'étendue de cette surface que la section de la vessie au-dessus des pubis doit être pratiquée : ici ne se trouve aucun vaisseau, aucun canal dont on doive redouter l'ouverture ; et si le danger d'intéresser le péritoine n'existait pas, il n'y a pas de doute que ce ne fût là l'opération qu'il faudrait préférer comme méthode générale.

L'opération de Franco (1), nécessitée par l'impossibilité où il se trouva d'amener la pierre au périnée ; celle de Probie (2), qu'on pouvait peut-être éviter ; enfin, celles qu'on attribue, sans preuves suffisantes, à Bonnet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu (3), ne fournissent aucunes règles, aucuns préceptes sur la manière de pratiquer la taille par-dessus les pubis. Rosset (4), qui ne la pratiqua jamais, indiqua les règles d'après lesquelles elle fut pratiquée depuis par Cheselden (5), Douglass (6), Macgill, Fornhill, Morand, etc., jusqu'au frère Cosme, à qui notre art est redevable du procédé le plus sûr pour cette opération, comme pour la taille par-dessous les pubis.

Premier procédé. — Les principales différences dans la manière de pratiquer cette opération, peuvent être rapportées à un petit nombre de chefs, qui constitueront, si l'on veut, autant de procédés. Dans le premier, la vessie n'est ni

(1) *Traité des hernies.* Lyon, 1561, p. 139.

(2) *Transactions philosophiques*, vol. 22, pag. 260.

(3) Dionis, *Cours d'opérations de chirurgie*, troisième démonstration.

(4) ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑΣ, *id est Cæsarei partûs*, etc. *De analogicâ comparatione uteri secti cum incisione vesicæ calculosæ*, pag. 236.

(5) *Traité sur l'opération de la taille par le haut appareil*, traduit par Nogues.

(6) *Nouvelle manière de faire l'opération de la taille*, traduction du même.

distendue, ni ouverte au périnée; dans le second, elle est distendue, sans être ouverte sous les pubis; dans le troisième, enfin, elle est ouverte au périnée, sans être distendue. Il faut rapporter au premier procédé l'opération de Franco, s'il est vrai qu'il n'ait pas ouvert auparavant, comme Morand le soutient, le col de la vessie sous les pubis, par la taille de Celse, employé de son temps; celle de Probie, et enfin celle de Bernier (1), qui, n'ayant pas trouvé la vessie distendue, n'en continua pas moins l'opération qu'il avait commencée, en se guidant un peu sur la saillie de l'extrémité d'une sonde qu'il introduisit dans la vessie. Il est évident que de tous les procédés de cette méthode, celui-ci est le plus imparfait, et qu'il ne saurait être pratiqué aujourd'hui, bien qu'il ait réussi sur les trois individus chez lesquels il a été mis en usage. En effet, en pratiquant la lithotomie suivant ce procédé, la vessie n'étant ni distendue, ni soulevée comme dans les deux autres, on court les plus grands risques de pénétrer dans le péritoine, et de donner lieu à la sortie des intestins, à des épanchements d'urine, ou à des inflammations.

Il y a eu dans ce procédé autant de manières différentes qu'il y a eu d'opérations. Franco ayant introduit les doigts d'une main dans le rectum, souleva la pierre au-dessus des pubis, et il la fit tenir *subjette avec les mains d'un serviteur*, tandis qu'avec l'autre main il incisa les parties. Probie fit soulever le corps étranger qu'il voulait extraire, par le moyen d'un doigt porté dans le vagin, et n'eut qu'à inciser les parois de l'abdomen à l'endroit où elles lui parurent soulevées par ce corps. Enfin, Bernier pratiqua son opération sans autre guide que la connaissance qu'il avait de la position de la vessie, et la saillie que faisait l'extrémité d'une sonde qu'il introduisit dans sa cavité, après avoir incisé les parois de l'abdomen.

Deuxième procédé. — Les dangers, attachés à la manière d'opérer de Franco ne pouvaient manquer de frapper le judicieux Rosset, qui proposa de faire dans la vessie, à l'aide

(1) *Opuscules de chirurgie* de Morand.

d'une sonde et d'une seringue, des injections propres à augmenter son volume et l'étendue de ses rapports avec la paroi antérieure de l'abdomen ; et si ces injections ne pouvaient être faites, par quelque cause que ce fût, d'obliger les malades à retenir leur urine, ce qui devait produire le même effet. C'est en suivant ces indications, qu'ont été faites les opérations de Douglass, de Cheselden, etc. ; et c'est de cette pratique qu'il faut, avant tout, examiner les avantages et les inconvénients.

On ne saurait douter que ce ne soit un grand avantage que celui de trouver la vessie distendue et élevée au-dessus des pubis dans cette méthode de pratiquer la taille ; on ne saurait disconvenir non plus que les moyens conseillés par Rosset ne soient propres à opérer cette dilatation de la vessie. Cependant l'expérience a si souvent prouvé qu'il était impossible de faire des injections chez certains malades, ou de les obliger à garder leurs urines, qu'on a dû compter beaucoup moins sur l'efficacité de ce moyen.

Le procédé opératoire lui-même consiste à faire placer et à faire coucher le malade sur un lit ou sur une table ; à injecter dans la vessie, à l'aide d'une algalie ou d'une seringue, unies par un tuyau flexible, une quantité d'eau tiède telle qu'elle n'occasionne pas une distension trop douloureuse, et que la vessie s'élève néanmoins au-dessus des pubis ; à retirer ensuite l'algalie, et à faire serrer et renverser la verge sur le périnée ; à inciser de haut en bas, ou de bas en haut, les téguments et les parois du bas-ventre sur la tumeur de la vessie, jusqu'à ce que l'on sente la fluctuation du liquide qu'elle renferme ; à plonger ensuite perpendiculairement, dans sa cavité, un couteau courbe sur le tranchant, et avec lequel on agrandit l'ouverture commencée en le conduisant rapidement vers le fond de la vessie ; l'incision étant finie, à extraire la pierre avec les doigts ou bien avec des tenettes, en la faisant soulever, lorsque cela est nécessaire, avec les doigts d'un aide introduits dans le rectum. Le reste du procédé a trait aux pansements, que l'on croyait alors fort nécessaires dans ces cas, comme dans beaucoup d'autres.

Il est à remarquer qu'après l'opération les urines coulent par la plaie jusqu'à ce que ses bords revenant sur eux-mêmes, elles reprennent leur cours accoutumé. Or, cette circonstance, qu'on a regardée comme extrêmement fâcheuse, n'a pas empêché que vingt-six malades aient guéri sur trente-un qui ont été opérés suivant ce procédé par Cheselden, Douglass, etc.

Troisième procédé. — Ces procédés laissaient beaucoup à désirer, comme on vient de le voir; et soit qu'en les suivant on ne se crût pas assez certain de trouver constamment la vessie au-dessus des pubis, soit qu'on se fût laissé détourner par la crainte d'ouvrir le péritoine, ou de donner lieu à des épanchements funestes, cette opération était tombée dans une sorte de discrédit, lorsque frère Cosme (1) chercha à la perfectionner. Les injections faites dans l'intention de distendre la vessie lui paraissant douloureuses, insuffisantes et souvent impraticables, il résolut d'y suppléer par un moyen applicable à tous les cas; et le succès de cette opération lui paraissant d'ailleurs dépendre essentiellement du libre écoulement des urines, du pus, des glaires, des graviers, etc., il se détermina à ouvrir, dans l'homme, l'urètre au bas du périnée, afin d'introduire dans la vessie une canule qui détournât constamment les matières qui pourraient s'y amasser. Telles sont les idées fondamentales qui dirigèrent le frère Cosme.

Les instruments nécessaires pour pratiquer la lithotomie, suivant son procédé, sont : 1° un cathéter, 2° un bistouri droit, 3° un gorgeret fort étroit, 4° une sonde à dard, 5° un troquart bistouri, 6° un bistouri lenticulé, 7° un bistouri caché, 8° un levier lithotomique, 9° une canule droite, 10° un crochet suspenseur de la vessie.

Nous devons faire remarquer que dans cette longue série d'instruments il en est plusieurs, tels que le troquart bistouri, le bistouri caché, le crochet suspenseur, qui sont inutiles, et que les praticiens d'aujourd'hui, sans s'écarter du procédé

(1) *Nouvelle méthode d'extraire la pierre par-dessus les pubis*, etc Paris, 1779.

du frère Cosme, l'exécutent avec des moyens plus simples.

Les malades étant couchés à la renverse sur une table préparée et placée obliquement au jour, leur tête étant élevée, leurs cuisses fléchies, et leurs membres maintenus par des aides ou bien avec des liens, l'opérateur, placé au-devant et à droite du malade, introduit un cathéter dans la vessie, et faisant incliner sa plaque à droite et appuyant sa convexité sur le côté gauche du périnée, il le donne à tenir à un aide, ou bien, le tenant lui-même, il fait au périnée et à la partie membraneuse du canal de l'urètre une incision qu'il étend le plus qu'il peut vers la prostate ; prenant ensuite le gorgeret, ou, ce qui est plus simple, la sonde à dard elle-même, dont la lance est retirée dans sa cavité, il l'engage dans la cannelure du cathéter, et la pousse, par son moyen, jusque dans la vessie ; cela étant fait, il retire le cathéter, et il confie à un aide le soin de tenir la sonde à dard.

Cette opération préliminaire, destinée à la fois à faciliter le jeu de la sonde à dard et à détourner les matières de la vessie, étant terminée, l'opérateur, se plaçant à la droite du malade s'il veut inciser de l'ombilic vers le pubis, et à sa gauche s'il veut inciser de bas en haut, tend la peau de l'épigastre avec le bord cubital de la main dans un sens, avec le pouce et l'indicateur légèrement écartés dans un autre, et fait avec un bistouri droit, tenu de l'autre main, une incision longue de trois ou quatre travers de doigt au-dessus des pubis, et dans la direction de la ligne blanche.

Celle-ci étant découverte, il plonge à sa partie inférieure, immédiatement au-dessus des pubis et dans la direction de leur plan, la pointe d'un bistouri, à l'aide duquel il fait à cette ligne, en pressant plutôt qu'en promenant le tranchant de l'instrument, une incision de bas en haut ; et substituant, s'il le juge nécessaire, le bistouri boutonné au précédent, il prolonge l'incision jusqu'à l'angle supérieur de celle des téguments.

La face antérieure de la vessie ayant été mise à découvert, l'opérateur prend, avec celle de ses mains qui regarde les pieds du malade, le talon de la sonde, tandis qu'il porte le

pouce et l'indicateur de l'autre au fond de la plaie. Faisant alors exécuter à cette sonde un mouvement de bascule, par lequel son talon est porté en arrière et son bec en avant, il fait glisser celui-ci le long de la paroi antérieure de la vessie, d'abord derrière les pubis, et ensuite derrière la plaie, jusqu'à ce que, arrivée presque à son milieu, elle soulève la vessie sous la forme d'un mamelon, qu'il saisit par les côtés avec le pouce et l'indicateur. Pendant cette partie de l'opération, la paroi antérieure de la vessie doit être déployée et ramenée en quelque sorte de bas en haut par la sonde, et le péritoine doit être soigneusement repoussé vers l'ombilic.

Après s'être bien assuré qu'il n'existe aucun repli de cette membrane au-devant du bec de la sonde, l'opérateur, fixant avec les deux mains les extrémités de cet instrument, fait pousser doucement le bouton de la flèche par un aide, jusqu'à ce que sa lance, après avoir traversé la paroi antérieure de la vessie, se montre entre les doigts : il la saisit alors, et donnant à tenir le talon de la sonde à un aide, il guide un bistouri courbé du dos vers le tranchant dans la cannelure pratiquée sur la concavité de la flèche, et, par son moyen, il fait du côté des pubis une première incision au corps de la vessie.

Cette première incision faite, et avant que la vessie ait eu le temps de s'affaisser ou de se retirer d'une manière quelconque, il faut glisser dans sa cavité l'indicateur de la main qui tient la lance de la sonde, et dont on fléchit aussitôt la dernière phalange pour retenir et suspendre en quelque façon la vessie derrière la plaie de l'abdomen. Le doigt, cet instrument sentant, sert à d'autres usages qui ne sont pas moins essentiels. Porté en cercle autour de l'ouverture pratiquée à la vessie, il fait connaître les dimensions de cet organe; il donne d'une manière précise l'étendue de l'incision qu'on peut faire sans danger du côté de l'ombilic, et en accompagnant ou en précédant le bistouri boutonné qu'on introduit dans la vessie, il règle son action et prévient les accidents auxquels pourraient donner lieu des incisions faites sans cette précaution. L'ouverture du corps de la vessie étant

prolongée autant que l'exige le volume des calculs et que le comportent les bornes de l'adhérence de cet organe aux parois de l'abdomen, on doit procéder à l'extraction. Il est rare qu'on puisse saisir et extraire les calculs avec les doigts : on est presque toujours obligé de se servir de tenettes ordinaires, qu'on porte fermées au fond de la plaie, et dont on écarte ensuite les cuillers, qu'on fait glisser entre la face interne de la vessie et la surface du calcul, jusqu'à ce que celui-ci ayant été bien embrassé, on puisse l'extraire sans crainte qu'il échappe.

Cette extraction offre, dans les cas de calculs très volumineux ou de vessies racornies, des difficultés qui obligent tantôt à se servir d'une tenette ou forceps, dont les branches, portées et placées séparément autour du calcul, sont ensuite réunies en un corps semblable à la tenette ordinaire ; tantôt à faire soulever la pierre avec une espèce de levier introduit dans la vessie par la plaie du périnée, chez les hommes, ou bien avec les doigts portés dans le vagin chez les femmes.

La pierre étant extraite, on doit s'occuper du pansement, lequel est ici d'une indispensable nécessité. Il consiste à introduire une canule d'argent ou de gomme élastique dans la vessie, par la plaie du périnée chez les hommes, et par le canal de l'urètre chez les femmes. Cette canule doit être maintenue en position à l'aide de rubans de fil ou de mèches de coton passés dans les anneaux de cette sonde et ramenés de chaque côté devant et derrière la cuisse, et fixés enfin à un bandage placé autour du corps. Pour que cette canule satisfasse aux indications qui la font employer, il faut qu'elle ne s'engorge pas ; si elle s'engorgeait, il faudrait la désobstruer en y faisant des injections ou bien en faisant parcourir plusieurs fois son canal par un mandrin garni d'une éponge, etc.

La plaie de l'hypogastre exige un autre pansement : celui-ci consiste, après avoir lavé les parois de l'abdomen, et peut-être après les avoir séchées et enduites d'un corps gras, propre à les préserver de l'action de l'urine, à introduire dans le fond de la vessie, à l'aide d'une pince à anneaux,

l'extrémité d'une bandelette de linge effilé, laquelle se chargeant des humidités qui s'élèvent du fond de la plaie, les entraîne au-dehors, et prévient peut-être des infiltrations fâcheuses. On couvre ensuite la plaie, dont les bords doivent être abandonnés à eux-mêmes, d'une compresse trouée, de charpie fine, qu'on maintient à l'aide d'un bandage de corps à peine serré. On renouvelle ce pansement une, deux, ou un plus grand nombre de fois chaque jour, suivant la quantité d'urine qui se dirige vers cette ouverture. La mèche doit être supprimée dès le troisième ou quatrième jour; l'inflammation qui s'est emparée de la surface de la plaie, la convertit dès lors en un canal imperméable à l'urine.

Observations sur cette méthode. — Les avantages et les inconvénients de la section de la vessie au-dessus des pubis, ne sont pas généralement considérés sous un point de vue assez élevé; cette méthode ne doit pas être jugée sur les résultats qu'on en obtient de nos jours, où elle n'est communément employée que comme une ressource extrême dans les cas où les autres ne sauraient l'être, et dans ceux où elles ont échoué. Il est évident que, dans le premier cas, la gravité de la maladie doit ajouter à celle de l'opération; et que, dans le second, on ne doit pas charger la taille hypogastrique toute seule des suites de deux opérations réunies, et surtout des tentatives plus ou moins violentes qu'on ne manque presque jamais de faire pour extraire la pierre par le périnée, avant de se décider à l'extraire par-dessus les pubis.

Il faut, pour pouvoir la juger sainement, examiner les résultats de son emploi comme méthode générale, c'est-à-dire appliquée à tous les cas indistinctement. Or, si l'on ajoute foi aux faits rapportés par frère Cosme (1), qui l'employa long-temps comme méthode générale, tant sur les hommes que sur les femmes, dans les cas de pierres petites et volumineuses indifféremment, on trouve que sur quatre-vingt-deux personnes qu'il a opérées suivant cette méthode, soixante-six ont guéri, que seize sont mortes; ce qui fait

(1) *Nouvelle méthode pour pratiquer l'operation de la taille.*

plus de quatre guéris sur cinq opérés ; résultat qui ne diffère pas sensiblement de celui que donne dans les hôpitaux l'opération faite par la section latérale du col de la vessie.

Ce résultat paraît encore plus avantageux, si l'on prend pour base de ce calcul de proportion, les faits rapportés par Douglass, Cheselden, Middleton, et desquels il résulte que de trente-un malades, vingt-six sont guéris, c'est-à-dire plus de cinq sur six. Il n'échappera sans doute à personne que ces dernières opérations ont été faites sans incision préliminaire au périnée.

Si, au lieu de la considérer comme méthode générale, on descend dans le détail des avantages qu'elle peut avoir dans quelques cas particuliers sur les autres méthodes, il est facile de voir qu'elle est la seule par laquelle on puisse extraire de la vessie des calculs très volumineux. Il est vrai que cet avantage est un peu diminué par la très grande difficulté qu'on éprouve à déterminer, d'une manière rigoureuse, dans l'homme, le volume d'un calcul avant l'opération, et, par conséquent, les cas dans lesquels elle est nécessaire, et ceux dans lesquels on peut se dispenser d'y avoir recours. Cependant, en rapprochant l'origine des douleurs éprouvées par les malades, de la sensation communiquée par le cathéter, des résultats du toucher exercé à travers le rectum, chez l'homme, le vagin, chez la femme, et les parois de l'abdomen dans les deux sexes, on peut acquérir d'assez fortes présomptions sur le volume des calculs contenus dans la vessie, pour faire choix de la méthode qui convient le mieux.

On ne saurait disconvenir ensuite, en comparant le procédé de frère Cosme à ceux qui ont été mis en usage avant lui pour extraire les pierres de la vessie par-dessus les pubis, qu'il ne leur soit de beaucoup supérieur par la régularité, par la précision, par la justesse de la manœuvre, je n'ose dire par les résultats.

Il offre des dangers, des inconvénients et des difficultés qui tiennent, soit à la méthode qu'il représente et qu'il renferme pour ainsi dire tout entière, soit à sa nature particulière. Un de ses grands dangers, c'est d'être souvent la cause

déterminante de péritonites aiguës (1), soit qu'il y ait eu ou non épanchement d'urine dans le péritoine. Un second danger non moins grave que le premier, et plus fréquent encore, c'est de donner lieu à des inflammations et à des abcès dans le tissu cellulaire du bassin; ces abcès tiennent aux déchirures ou aux désordres produits par l'opération, ou à des infiltrations d'urine (2). On doit regarder comme un accident moins grave la sortie des intestins renfermés dans le péritoine, et qui se fait souvent à l'angle supérieur de la plaie au moment de l'opération ; car l'expérience a appris qu'il suffit de les contenir pendant quelques instants pour qu'ils n'empêchent ni l'opération d'être terminée, ni les malades de guérir heureusement. L'ouverture du péritoine doit être considérée comme un accident plus grave, mais non pas essentiellement mortel. En effet, les intestins peuvent être contenus dans le ventre à l'aide de la position et d'un appareil convenable. Quant à l'épanchement d'urine qui pourrait en résulter, l'expérience apprend encore que, lorsque cette ouverture n'a pas lieu sur la face postérieure de la vessie, il en résulte rarement des épanchements d'urine dans le péritoine ; car l'état de plénitude du bas-ventre d'abord, et ensuite l'inflammation adhésive qui s'établit entre les surfaces des parties, s'oppose très souvent à ce que cet épanchement ait lieu. Je ne parle pas de l'hémorrhagie, accident si rare dans cette opération, qu'on en cite à peine deux exemples (3).

Je regarde comme un inconvénient inséparable de ce procédé la plaie faite au périnée pour donner issue aux urines : on a trop dit qu'elle n'ajoute rien ou presque rien aux dangers de la section de la vessie au-dessus des pubis ; ce qui, en d'autres termes, signifie que la taille latéralisée ne peut donner lieu à aucun accident, proposition dont la fausseté n'a pas besoin d'être démontrée.

(1) Voyez les observations de frère Cosme, nouvelle méthode, etc.
(2) *Idem.*
(3) Morand, taille au haut appareil.

En admettant, ce à quoi on ne peut se refuser, qu'elle ajoute aux dangers de la section faite au-dessus des pubis, il reste à examiner si les avantages attachés à son emploi en compensent les inconvénients. Or, en observant attentivement ce qui se passe pendant la durée du traitement, on a bientôt lieu de se convaincre qu'elle n'est pas, à beaucoup près, aussi utile qu'on le pense. En effet, quelques précautions qu'on prenne, les urines coulent difficilement et en petite quantité par la canule placée au périnée; et l'adhérence qui s'établit entre les parois de la vessie et celles de l'abdomen fait bientôt de la plaie supérieure le centre des contractions de la vessie, le point où les urines se portent, et celui par lequel elles s'évacuent.

Si l'on rapproche de cette observation le résultat des tailles faites par Cheselden, Douglass et autres, qui ne pratiquaient pas d'incision au périnée, on sera bien plus convaincu de cette vérité, savoir, que s'il est utile de détourner les urines de la plaie faite au fond de la vessie par-dessus les pubis, le moyen proposé par frère Cosme est loin de produire cet effet. Quelques personnes ont pensé qu'il ne manquait à la voie de dérivation employée par frère Cosme pour être parfaite que d'être plus large; mais ignore-t-on qu'en lui donnant une grande étendue on augmente les dangers de la section par-dessus les pubis de tous ceux de la section latérale du col de la vessie? Et qui n'a pas observé d'ailleurs que, malgré ces grandes incisions faites au périnée, l'urine coulait pourtant encore par la plaie de l'hypogastre?

Les dangers de l'incision faite au périnée et l'insuffisance des canules dérivatives introduites par cette voie dans la vessie, bien observés par M. Deschamps (1), avaient porté ce praticien célèbre à penser qu'on pourrait détourner les urines de la vessie par une ponction faite à cet organe et au rectum, selon la méthode de Flurant, et en laissant à demeure dans le fond de la vessie, jusqu'à la guérison des malades, l'extrémité d'une canule dont l'autre bout se déchargerait au-

(1) *Traité historique et dogmatique*, vol. IV, pag. 113.

dehors, des matières qu'elle aurait pompées dans la vessie ; mais, si je ne me trompe, c'est moins la position dans laquelle se trouve le canal de dérivation que le sens dans lequel les forces de la vie dirigent les urines, qui doit décider du succès de ces moyens.

Outre les accidents et les inconvénients attachés à la taille us-pubienne, on peut lui reprocher la difficulté qu'on éprouve souvent à faire pénétrer la sonde à dard entre un calcul très volumineux et une vessie racornie ; dans ce cas, le procédé qui consiste à inciser les parois de l'abdomen et celles de la vessie sur le calcul sans injections préliminaires, et sans autre guide que la connaissance des parties, est le seul qu'on puisse employer. C'est encore là le parti auquel il faudrait avoir recours dans le cas où, par une cause quelconque, la sonde ne pourrait être dirigée vers la paroi antérieure de la vessie.

Je ne parlerai pas de la difficulté qui tient au volume du calcul ; il est évident que cette difficulté appartient à la maladie et non au procédé.

Je ne parlerais pas non plus de celle qui tient à la contraction des muscles du bas-ventre si elle ne se présentait assez souvent, et si elle n'avait été portée assez loin pour faire délibérer si on ne couperait pas en travers une partie des muscles droits.

Cette difficultés tient toujours à ce que les malades ont la tête basse, l'épine droite et les jambes pendantes. On la fait constamment disparaître en donnant aux malades une position telle, que leur tête soit fléchie sur la poitrine, leurs cuisses sur le ventre, et que la colonne vertébrale soit courbée en devant.

LITHOTOMIE CHEZ LES FEMMES.

Considérations anatomiques. — La lithotomie peut être pratiquée, chez les femmes ainsi que chez les hommes, au-dessous ou bien au-dessus des pubis.

La partie antérieure de la paroi inférieure du bassin, oc-

cupée dans la femme par les parties extérieures de la génération et percée par l'ouverture qui établit une communication entre ces dernières et les parties intérieures, n'offre pas, à beaucoup près, un champ aussi vaste aux méthodes et aux procédés que dans l'homme, où elle forme un plancher large et solide destiné à soutenir les viscères abdominaux.

En effet, des deux parties en lesquelles il est divisé par le vagin, une seule, située en avant, et traversée par le canal de l'urètre, peut conduire à la vessie; et c'est dans l'espace très circonscrit et de forme triangulaire qu'elle présente que l'opération doit se borner pour n'entraîner aucun inconvénient.

Des trois côtés de ce triangle, l'un, postérieur, étendu de l'une à l'autre branche des pubis, est appuyé sur le vagin, et est en quelque sorte amovible, tant la paroi antérieure de ce canal cède avec facilité au moindre effort qui la presse; les deux autres, étendus des extrémités de celui-ci à la symphyse des pubis, où ils se réunissent, ont pour base inamovible les branches descendantes de ces os, et sont formés par les corps caverneux, les muscles érecteurs et les grandes lèvres : ils renferment les artères honteuses internes dans leur profondeur, et les branches superficielles de ces vaisseaux dans l'épaisseur des grandes lèvres. De ces angles, l'un regarde la symphyse des pubis et l'union des deux corps caverneux qui se trouve à quelques lignes au-dessus de cette symphyse. Il contient un tissu cellulaire très extensible et très élastique; les deux autres regardent le vagin, et, en se prolongeant sur ses côtés, ils agrandissent un peu l'espace dans lequel le lithotome peut être porté sans danger dans la section latérale du col de la vessie. L'aire de ce triangle est remplie par un tissu spongieux et par les petites lèvres. Au centre, mais plus près du vagin que de la symphyse des pubis, on trouve le canal de l'urètre, large, dilatable, court, presque droit, et immédiatement appliqué, dans toute sa longueur, sur la paroi antérieure du vagin, dans la cavité duquel il fait toujours saillie. On ne trouve point dans son épaisseur de tissu spongieux, ni à sa terminaison dans la ves-

sie de corps glanduleux comme dans l'homme. Au lieu de la prostate, une substance celluleuse, fort extensible, environne le col de la vessie, sans mettre aucun intervalle entre cet organe et le vagin. Le périnée a d'ailleurs moitié moins d'épaisseur dans la femme que dans l'homme.

Telle est la disposition des parties que l'extraction quelconque d'un calcul de la vessie, par-dessous les pubis, doit intéresser dans la femme.

Méthode par dilatation du col de la vessie.— Il est facile de conclure de la direction, de la brièveté et de la structure du canal de l'urètre, ainsi que des parties voisines, que beaucoup de calculs, avant que d'être arrivés à un grand volume, peuvent être rendus aver les urines; que beaucoup d'autres peuvent être extraits à l'aide d'une dilatation médiocre du canal de l'urètre et du col de la vessie : aussi la méthode d'extraire les calculs chez les femmes, par la dilatation, a-t-elle joui et jouit-elle encore d'une grande faveur auprès de quelques praticiens.

La dilatation peut être opérée lentement ou rapidement : lentement, à l'aide de bougies, de canules de gomme élastique, d'éponges préparées, etc., etc., dont le volume, grossi de jour en jour, donne peu à peu au canal de l'urètre un calibre qui permette à la nature de se débarrasser spontanément de ces calculs, ou bien à l'art de les extraire.

Ai-je besoin de faire observer que cette méthode, en faveur de laquelle on peut citer sans doute des exemples de succès, ne peut réussir que dans les cas de calculs médiocres ; que l'emploi des moyens qui la constituent entraîne des longueurs, des incommodités, et même des douleurs insupportables ; que leur effet n'est rien moins qu'assuré, et que le canal de l'urètre et le col de la vessie, pour avoir été dilatés lentement, ne perdent pas moins, pour cela, leur ressort dans plusieurs circonstances ?

La dilatation instantanée est plus certaine dans ses effets ; et, quelque douloureuse qu'elle puisse être au moment où elle a lieu, elle produit une somme de douleurs moindre que l'autre, à cause de son peu de durée ; mais elle offre, à un

bien plus haut degré que la dilatation lente, l'inconvénient de causer des incontinences d'urine.

Les malades sur lesquelles on veut pratiquer la dilatation instantanée, doivent être couchées sur le bord d'un lit ou d'une table garnie, les jambes et les cuisses fléchies, écartées, les mains liées aux pieds; elles doivent être maintenues par des aides en nombre suffisant.

Elle n'exige d'ailleurs qu'un petit nombre d'instruments, quel que soit le procédé qu'on emploie. Veut-on se servir des conducteurs usités pour la dilatation du col de la vessie dans la taille, suivant la méthode de Jean-des-Romains? Le premier de ces conducteurs étant introduit dans la vessie, seul ou bien sur une sonde cannelée, on fait glisser le conducteur femelle sur l'arête du premier, jusqu'à ce qu'il soit arrivé, comme lui, dans la vessie; écartant alors les manches des instruments, et veillant à ce que leurs extrémités, qui se fournissent réciproquement un appui, ne s'abandonnent pas, on dilate, par degrés, le col de la vessie et le canal de l'urètre; on glisse ensuite dans leur intervalle, ou sur le doigt, les tenettes, avec lesquelles on extrait la pierre.

Préfère-t-on se servir des dilatateurs? Quelle que soit leur forme, qu'ils aient deux branches seulement, ou qu'ils en aient trois, comme celui de Mazotti (1), on introduit seule, ou bien à la faveur d'une sonde cannelée, l'extrémité de ces instruments dans la vessie; et, pressant sur leur manche avec une force proportionnée à l'écartement qu'on veut produire entre ses branches, on dilate, par degrés ou rapidement, le col de la vessie, jusqu'à ce qu'il permette l'introduction d'une tenette et l'extraction du calcul.

La dilatation du col de la vessie et du canal de l'urètre, n'exposant ni le vagin, ni les vaisseaux superficiels ou profonds du périnée, ni l'intérieur de la vessie, à être blessés, serait préférable à toutes les autres méthodes, si elle n'avait des inconvénients qui balancent de si grands avantages. Ces inconvénients sont, lorsque les calculs à extraire ont un

(1) *Lithotomia delle donne perfezzionata*, Faenza, 1764.

certain volume, la perte du ressort du col de la vessie et l'incontinence d'urine ; infirmité dégoûtante, fâcheuse et communément incurable chez les femmes d'un certain age.

Méthode par incision du col de la vessie. — Les inconvénients dont nous venons de parler, étaient sentis depuis long-temps ; mais comme si les moyens de soulager les femmes de la pierre devaient toujours être déduits de ceux que l'expérience a consacrés dans l'homme, on n'a songé à l'incision du canal de l'urètre, chez elles, qu'après en avoir constaté les grands avantages sur le sexe masculin.

La situation de ce canal, au-devant, ou, pour mieux dire, dans l'épaisseur de la paroi antérieure du vagin, n'a pas permis de songer à l'inciser dans ce sens ; mais l'espace compris entre le canal de l'urètre et les branches des pubis ne pouvait manquer de paraître favorable à cette opération, et il a été choisi d'abord comme préférable à tous les autres points de cet espace ; à peine même avait-on soupçonné, jusqu'à ces derniers temps, qu'on pût pratiquer l'opération dans une autre direction.

Presque tous les instruments sont bons pour pratiquer cette incision : une sonde cannelée et un simple bistouri, ou bien, au lieu de bistouri, un lithotome caché ou non, peuvent y servir presque indifféremment. J'en excepterai la lame à double tranchant, proposée par Louis (1), et réduite à un tranchant par Leblanc ; et les lithotomes à doubles lames par lesquels le canal de l'urètre, incisé des deux côtés, devait, suivant leurs auteurs, se prêter plus facilement et avec moins de dangers à l'extraction d'un calcul volumineux.

De quelque instrument qu'on doive se servir, les malades étant situées et maintenues comme nous l'avons dit, les grandes lèvres étant écartées, une sonde cannelée étant introduite dans la vessie, sa cannelure étant dirigée en dehors et un peu en bas, on fait glisser la pointe du lithotome jusque dans la vessie ; et, soit en l'enfonçant, si c'est un lithotome découvert, soit en le retirant, si c'est un lithotome caché,

(1) *Mémoire sur la taille des femmes.*

on fait l'incision nécessaire à l'extraction du calcul : après quoi l'on introduit un conducteur, ou le doigt seulement, dans la plaie ; et, par leur moyen, on fait arriver dans la vessie une tenette à l'aide de laquelle on extrait la pierre.

Ce qui importe dans cette opération, c'est moins encore le détail d'un procédé facile à concevoir, que de suivre l'action des instruments avec lesquels il est exécuté ; d'apprécier les avantages et les inconvénients qui lui sont en quelque façon inhérents.

La première réflexion que ce procédé fait naître, c'est que l'incision ne saurait être dirigée vers la tubérosité de l'ischion, comme dans l'homme, à moins d'exposer le vagin à être coupé ; et que, pour éviter ce canal, il faut donner à cette incision une direction presque transversale, laquelle expose les vaisseaux honteux à être lésés. C'est entre ces deux écueils que doit marcher celui qui pratique la taille latérale chez la femme ; et il est difficile de les éviter toujoors, lorsqu'on doit pratiquer une incision d'une certaine étendue. Il est possible pourtant, à la rigueur, d'éviter le vagin par une incision presque transversale, et de ne pas couper les vaisseaux honteux, en ne prolongeant pas l'incision trop près des pubis ; mais en supposant qu'aucune de ces précautions n'ait été négligée, il peut encore arriver que les parties latérales de la vessie étendues en travers sur les côtés de son col, et qui adhèrent sans aucun intermédiaire au vagin, soient coupées en même temps que ce canal. En admettant que tous ces dangers aient été évités, l'extraction de la pierre en fait bientôt naître de nouveaux.

La plaie faite par l'instrument tranchant, quoiqu'elle ait été étendue aussi loin qu'elle puisse l'être sans inconvénient, ne suffit jamais à l'extraction d'un calcul, même de volume ordinaire ; pour qu'il puisse la traverser, il faut qu'il la dilate, et très souvent alors il déchire les parties. Or, l'urètre étant presque continu, inférieurement au vagin, la déchirure ayant lieu dans le sens de la plaie déjà faite par l'instrument tranchant, le vagin est très communément déchiré dans toute son épaisseur.

Procédé par incision dirigée vers la symphyse des pubis. — Les inconvénients et les dangers attachés à l'incision latérale du col de la vessie, chez les femmes, ont porté depuis long-temps le professeur qui a rendu si célèbre la clinique dite de perfectionnement, à inciser la partie supérieure de l'urètre et du col de la vessie, en dirigeant le tranchant du lithotome vers la symphyse des pubis.

Quelques réflexions sur ce qui se passe dans le procédé ordinaire et dans celui-ci, feront assez connaître la prééminence de ce dernier. Ce n'est ni l'étendue de l'incision faite au col de la vessie et au canal de l'urètre, ni la profondeur de celle qui est faite aux parties voisines, qui donne le degré d'ouverture nécessaire pour l'extraction d'un calcul un peu volumineux. Ce degré d'ouverture résulte en grande partie de la dilatation, et presque toujours aussi de la déchirure des parties voisines, d'où la dilacération du vagin si justement reprochée à cette manière d'opérer.

Ce danger disparaîtrait si le canal pouvait être incisé, et si la dilatation des parties pouvait se faire sur un point assez éloigné du vagin, pour que ce canal ne pût jamais être coupé par le tranchant de l'instrument, ou être déchiré par les efforts dans l'extraction de la pierre. Or il n'est pas douteux qu'on puisse inciser le canal de l'urètre et le col de la vessie, du côté de la symphyse des pubis, aussi bien que dans tout autre point de leur circonférence.

Une seule difficulté pouvait être élevée : c'est de savoir si le canal de l'urètre, lié à la symphyse par une espèce de ligament, et si la paroi antérieure du vagin, qui est intimement unie à ce canal, pressés par le calcul qu'on veut extraire, et qui ne saurait sortir, à moins que ceux-ci ne se déplacent, se porteront assez facilement en arrière, c'est-à-dire vers le sacrum, pour lui livrer passage. L'expérience a levé cette difficulté, et elle a démontré que ce procédé réunit à l'avantage de mettre le bas-fond de la vessie, l'artère honteuse et le vagin à l'abri de toute lésion, celui de permettre l'extraction d'un calcul même volumineux.

Privé de l'inappréciable avantage de recourir aux lumières

du célèbre auteur de ce procédé, et de tirer mes preuves de son expérience, j'emprunterai, d'un fait qui m'est commun avec M. le professeur Pelletan, les circonstances qui expliquent et qui mettent hors de doute les avantages de cette manière d'opérer.

Une jeune femme, atteinte depuis six ans de calcul dans la vessie, lequel ne l'avait empêchée ni de concevoir, ni d'accoucher plusieurs fois, fut conduite à l'Hôtel-Dieu par M. le docteur Rullier. L'existence du calcul constatée, la malade préparée, située sur le pied d'un lit élevé, les cuisses et les jambes fléchies, écartées et tenues par deux aides, le bassin fixé par un troisième, l'existence du calcul ayant été de nouveau constatée, l'extrémité d'un lithotome caché fut introduite dans le canal de l'urètre, sa convexité en arrière et sa concavité en avant. L'instrument arrivé dans la vessie, son tranchant fut dirigé vers la symphyse ; et sa bascule, placée vis-à-vis le n° 7, ayant été pressée, il fut retiré de la vessie dans une direction horizontale : de cette manière, le col de cet organe et le canal de l'urètre furent incisés en avant, et assez profondément pour que l'introduction du doigt dans la vessie n'éprouvât aucun obstacle. La tenette ayant été introduite à la place du doigt, le calcul fut cherché, saisi et amené à l'ouverture du col de la vessie.

Il nous fut facile alors, malgré les vives douleurs qu'éprouvait la malade, de voir les lèvres de l'incision s'écarter, la paroi antérieure du vagin se porter des pubis vers le sacrum, et la plaie, allongée dans ce sens, livrer passage à un calcul légèrement aplati, et ayant deux pouces et quelques lignes dans son plus grand diamètre.

L'opération fut prompte ; et la malade n'ayant éprouvé aucun accident, voulut sortir presque immédiatement. Elle avait alors une légère incontinence d'urine qui se dissipa au bout de quelques jours, et qui, depuis ce temps, n'a jamais reparu.

Ce procédé n'est pas exactement celui de M. le professeur Dubois : il se sert de préférence d'une sonde cannelée ordinaire, d'un couteau à lame longue et étroite, et tranchante

sur un seul côté ; d'un gorgeret et d'une tenette. Ses malades étant situées et tenues convenablement, il introduit la sonde cannelée dans le canal de l'urètre ; il en dirige la cannelure en haut, et presse avec le dos de l'instrument sur la partie inférieure de ce canal, afin de le tendre et de rendre sa section plus facile. Portant ensuite l'extrémité du couteau dans la cannelure de la sonde, il coupe toute la paroi supérieure du canal de l'urètre et du col de la vessie, en faisant, avec ces instruments, un angle dont le sommet répond au col de la vessie, et la base au périnée. Le lithotome retiré, il introduit le gorgeret dans la vessie, en faisant glisser sa crête sur la cannelure de la sonde ; puis, retirant celle-ci, il se sert du gorgeret, avec lequel il presse sur la paroi antérieure du vagin, pour introduire la tenette.

Méthode par incision du corps de la vessie par-dessus les pubis. — L'étroitesse de l'espace dans lequel l'opération de la taille doit être circonscrite, en opérant au-dessous des pubis ; le danger de couper le vagin ou l'artère honteuse, lorsqu'on a recours à l'incision ; celui de détruire le ressort du col de la vessie et de déchirer l'ouverture du vagin, lorsqu'on emploie la dilatation ; les fistules, les hémorrhagies, les incontinences ou les déformations qui en sont la suite, ont fait penser à plusieurs praticiens que l'incision de la vessie, par-dessus les pubis, convenait surtout à la femme : en effet la facilité qu'on a, chez elle, de détourner les urines à l'aide d'une canule placée dans le canal de l'urètre, dispensant de l'opération préliminaire, toujours plus ou moins fâcheuse, qu'on est convenu de pratiquer au périnée, dans l'homme, semblait devoir lui assurer une sorte d'avantage sur les autres méthodes. La capacité de la vessie, ordinairement plus grande que dans l'homme, sa plus grande dilatabilité ; et, par l'effet de sa situation au-devant du vagin et de la matrice, son voisinage plus grand de la paroi antérieure du bas-ventre, semblaient aussi lui donner un autre avantage, en la rendant beaucoup plus aisée. Mais toutes ces circonstances ne sauraient prouver autre chose, sinon que l'opération de la taille, par-dessus les pubis, est plus simple, plus facile

et en général moins dangereuse dans la femme que dans l'homme.

Il n'en est pas ainsi, je crois, lorsqu'on vient à comparer la lithotomie par-dessus les pubis avec la section du col de la vessie, dans la femme. Quelles que soient les incommodités et même les dangers auxquels la section de ce col puisse donner lieu, ils ne sauraient être comparés aux risques de la vie que fait courir l'opération de la taille par-dessus les pubis ; d'où il faut conclure que l'extraction du calcul de la vessie, dans la femme, doit être faite en-dessous des pubis toutes les fois que la chose est possible, et qu'il ne faut recourir à la section de la vessie, dans la région hypogastrique, que dans les cas où l'ancienneté du mal, le cathétérisme, et le toucher exercé à travers les parois du vagin, font découvrir un calcul d'un volume tellement grand, qu'il ne saurait être extrait par le périnée.

Des fistules vésico-vaginales, et de la lithotomie vaginale. — Les fistules vésico-vaginales auxquelles la taille des femmes, par-dessous les pubis, donne lieu, sont sans doute un accident très fâcheux pour les malades et pour l'opérateur; et ce serait aller contre les principes d'un art qui doit chercher à guérir avec le moins d'inconvénients et de dangers possibles, que d'affaiblir la juste crainte que cet accident doit inspirer à tous ceux qui se livrent à la lithotomie. Nous ne pouvons cependant nous dispenser de faire observer qu'il n'en est pas des fistules produites par une simple incision, comme de celles qui sont le résultat d'une perte de substance ; les premières guérissent fréquemment, quoique abandonnées à elles-mêmes, ou bien à la suite de l'emploi, quelque temps continué, de sondes qui détournent l'urine de la plaie ; tandis que les autres ne guérissent communément jamais. N'est-ce pas ainsi qu'il faut concevoir la guérison parfaite d'une malade à laquelle Fabrice de Hilden (1) ôta une pierre par une incision faite au corps de la vessie à travers le vagin ; celle

(1) *Fabricii Hildani observ. centur. I*, obs. LXVII.

de la malade dont parle Rosset (1) ; et surtout celle de deux vieilles femmes auxquelles Ruysch (2) et Tollet (3) firent une incision au corps même de la vessie entraînée au-dehors par une descente de matrice, pour en extraire des pierres qu'elles renfermaient ?

Qu'on rapproche de ces faits l'idée émise autrefois par Méry (4), et renouvelée depuis par Louis (5), de pratiquer chez les femmes la lithotomie par le vagin ; et si l'on n'est pas persuadé qu'on doive préférer cette méthode à celles que nous avons exposées plus haut, on sera du moins convaincu que les plaies qui établissent une communication entre le vagin et le corps de la vessie, ne sont pas incurables, comme on l'a pensé, et comme peut-être on le pense généralement encore.

(1) *Rosseti* ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑΣ, pag. 252 ; hist. secunda.

(2) *Observationes anatomico-chirurgicæ*, obs. I.

(3) *Traité de la lithotomie*, 5e édition.

(4) *Observations sur la manière de tailler*, etc., chap. IV.

(5) *Mémoire sur la taille des femmes.*

ARTICLE XV.

MANIÈRE NOUVELLE DE PRATIQUER L'OPÉRATION DE LA PIERRE.

L'opération de la pierre est-elle encore, même après tous les efforts que l'art a faits, une des opérations les plus difficiles et les plus dangereuses de la chirurgie ?

Les difficultés et les dangers de cette opération sont-ils inhérents à la nature des choses? sont-ils inévitables et sont-ils de l'espèce de ceux contre lesquels le génie de l'art doive s'abaisser et s'avouer vaincu ?

Ou bien ces difficultés et ces dangers ne tiennent-ils pas plutôt à l'imperfection des moyens mis en usage pour arriver à la vessie et pour en extraire la pierre?

Et, guidé par une connaissance plus exacte et mieux raisonnée de l'anatomie des régions qu'il faut traverser pour parvenir jusqu'à la vessie, l'art ne pourrait-il pas trouver des moyens plus simples, plus sûrs et moins dangereux pour faire l'opération de la taille ?

Telles sont les questions que je me propose d'examiner dans ce mémoire, et que j'espère résoudre par des faits authentiques et irrécusables, seuls arguments qu'il convienne d'employer dans un sujet qui intéresse si vivement la science et l'humanité.

SECT. I. — DES DANGERS DE L'OPÉRATION DE LA PIERRE ET DE LEURS CAUSES.

Il y a treize ans, qu'obligé de soumettre à la discussion publique d'un concours solennel un écrit (1) sur la lithotomie, j'émis l'opinion « que les méthodes et les procédés pour » extraire la pierre de la vessie paraissaient être arrivés au » degré de perfection dont ils étaient susceptibles; que de » nouvelles méthodes et de nouveaux procédés ne feraient » que surcharger la science de richesses superflues; que » la raison conseillait de borner désormais nos soins à balancer les avantages et les inconvénients des méthodes que » nous possédons, à déterminer d'une manière précise les » cas qui requéraient l'emploi de chacun d'eux, et ceux qui » l'excluaient; à faire connaître, s'il était possible, les moyens » de prévenir leurs inconvénients, et d'y remédier lorsqu'on » n'avait pu les empêcher. »

Tel était le rôle, moins brillant qu'utile, que le siècle dernier, après s'être épuisé en recherches sur la taille, me semblait avoir légué au siècle où nous vivons.

Cette opinion ne fut alors combattue par aucun de mes savants compétiteurs. L'un d'eux même l'adopta en écrivant quelques années après (2) : « que depuis long-temps tout » avait été dit; que presque tout avait été imaginé relativement à la lithotomie. »

Cependant, obligé de réunir les matériaux nécessaires pour soutenir ces propositions, je ne tardai pas à me convaincre que si chacune des méthodes et chacun des procédés connus étaient arrivés, quant à l'exécution, au degré de perfection dont ils sont susceptibles, il s'en fallait de beaucoup que le résultat de leur application ne laissât rien à regretter.

Ces recherches m'apprirent que l'opération de la pierre,

(1) *Lithotomie*, thèse de concours pour la chaire de médecine opératoire, in-4°. Paris, 1812.

(2) Roux, *Relation d'un voyage fait à Londres en* 1814, in-8°.

malgré la foule de méthodes et de procédés qui surchargent son histoire, laissait encore désirer une méthode moins meurtrière que celles qui sont en usage.

Il y a long-temps, en effet, que les hommes éclairés de tous les pays ont relégué parmi les contes absurdes le récit des cures merveilleuses de Raw, qui aurait, dit-on, opéré seize cent quarante-sept malades de la pierre sans en perdre un seul. Ils ont également placé au rang des manœuvres du charlatanisme, ou du moins de l'amour-propre mal conseillé, l'assertion de tous ces autres praticiens qui, à l'exemple de Raw, prétendent n'avoir jamais perdu un malade à la suite de plusieurs centaines d'opérations de la pierre. Pour croire à ces récits, il faudrait admettre que la marche de la nature a été intervertie, que la mort a renoncé à ses droits, et que du moment où un individu a été opéré, il est devenu inviolable pour elle; car comment concevoir sans cela que quand, par une loi immuable, il doit périr tous les jours quelqu'un sur un nombre donné d'individus, il n'en serait mort aucun sur seize cent quarante-sept, pendant un mois, temps nécessaire à la guérison de ces malades?

L'absurdité de ces prétentions devient bien plus frappante encore lorsqu'on examine avec attention l'état des malades affectés de la pierre, et la nature des parties sur lesquelles on est obligé d'agir pour l'extraire.

En effet, s'il existe quelques malades chez lesquels la pierre ne soit compliquée d'aucune autre maladie, et chez lesquels l'enlèvement de ce corps étranger soit la seule chose à faire pour rétablir la santé, combien d'autres, au contraire, sont affectés de maladie concomitantes, organiques ou autres? combien sont pris de maladies accidentelles après l'opération? et, pour ne parler ici que de cette opération en elle-même, comment a-t-on pu espérer qu'on persuaderait que la division du périnée ou des parois du ventre; que l'incision du col ou du corps de la vessie, suivant la méthode employée; que les tiraillements, la contusion et la déchirure plus ou moins fortes de toutes ces parties pendant l'extraction de la pierre, ne donneraient lieu à aucune in-

flammation ; que la division de tant de vaisseaux, comprise dans celle des parties molles, ne donnerait jamais lieu à une hémorrhagie ?

On sert mal la science et l'humanité en les flattant ; on les sert mieux en leur montrant la vérité. En mettant donc de côté des suppositions malheureusement gratuites, il faut chercher quelles sont les chances de guérison ou de mort auxquelles s'expose tout individu qui se soumet à l'opération de la pierre.

Beaucoup de personnes ont publié des résultats ; mais ces résultats diffèrent trop les uns des autres pour être tous également conformes à la vérité. C'est ainsi qu'en prenant ces données pour base, on trouve que Pouteau (1) a estimé à une sur quarante les chances fâcheuses de l'opération de la pierre ; Lecat (2), dans des calculs partiels, à une sur six, huit et neuf ; Cheselden (3), à une sur dix et demie ; Alexandre Marcet (4), à une sur sept et un quart, pour l'hôpital de Norwich ; Douglass, Cheselden, Middleton, à une sur six, dans la taille au haut appareil, sans incision au périnée et au col de la vessie ; frère Cosme (5), à une sur cinq, pour la taille au haut appareil avec incision au périnée et au col de la vessie. Quelques relevés, commencés par M. Sanson, mais non encore terminés, sur les opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris, semblent devoir porter encore au-dessous de ce nombre les chances de succès de la taille latérale.

La vérité ne pouvait exister dans des résultats aussi éloignés les uns des autres. Pour la trouver, il fallait renoncer aux résultats partiels, souvent contradictoires, et presque toujours contestés, que des personnes intéressées, soit à grossir, soit à diminuer le succès de l'opération de la pierre, ont publiés, et établir les chances favorables et fâcheuses de cette opération, sur une masse de faits empruntés à des

(1) OEuvres posthumes.

(2) Recueil de pièces relatives à la taille.

(3) *Anatomie du corps humain.*

(4) *Essai sur l'histoire des calculs.*

(5) *Nouvelle méthode pour pratiquer l'opération de la taille.*

pratiques et à des méthodes différentes, dont la comparaison et les conséquences ne pussent affecter personne en particulier.

Pour cela, j'ai recueilli pendant dix ans, tant de la pratique publique que de la pratique particulière des hommes de l'art les plus distingués de Paris et des environs, tous les cas d'opération de la pierre qui sont parvenus à ma connaissance; et, après avoir réuni tous ces cas observés sur des individus différents d'âge, de sexe et de tempérament, opérés par des méthodes et des procédés variés, dans des saisons, des lieux et des conditions souvent opposés, je me suis convaincu qu'il périt entre le cinquième et le sixième de la masse de ceux qui sont opérés de la pierre.

Ce n'est pas ici le lieu d'exposer le détail de ces calculs : leur résultat seul est ce qui importe en ce moment; le voici indiqué dans un tableau fidèle.

TABLEAU *du résultat de 356 opérations de la pierre pratiquées à Paris ou dans ses environs dans l'espace de dix ans.*

SEXE.	NOMBRE des opérés.	ÉPOQUES de la vie.	MORTS.	GUÉRIS.	RAPPORT APPROXIMATIF du nombre des morts à celui des guérisons.	
Masculin.	97	De 3 à 15 ans.	9	88	1 sur 11	9 sur 100.
	59	15 à 30	8	51	1 sur 7	13 1/2
	45	30 à 50	10	35	1 entre 4 et 5	22
	74	50 à 70	18	56	sur 4	24
	37	70 à 90	11	26	1 entre 3 et 4	29 1/2
Féminin.	7	De 3 à 15 ans.	0	7	0 0	0 sur 100.
	11	15 à 50	1	10	1 sur 11	
	17	50 à 70	2	15	1 entre 8 et 9	12
	9	70 à 90	2	7	1 entre 3 et 4	22
TOTAL. .	356	De 3 à 90	61	295	1 sur 6	17
Hommes.	312	De 3 à 90	56	256	1 entre 5 et 6	18
Femmes.	44	De 3 à 90	5	39	1 sur 9	11 1/2

Le climat, la saison et le lieu; l'âge, le sexe et le tempérament; l'état de simplicité ou de complication de la maladie; le choix et la préparation des malades; la méthode et les procédés mis en usage; leur exécution plus ou moins habile ou heureuse; les soins consécutifs donnés aux opérés; le hasard lui-même, qui produit tant de réunions fortuites, pourront sans doute faire varier dans chaque pratique les suites de l'opération de la pierre; mais nous osons assurer que la pratique générale, formée de la réunion des pratiques particulières, loin de détruire les résultats du tableau précédent, les confirmera, au contraire, du moins dans nos climats.

Frappé de ce que ces résultats ont d'affligeant, je me demandai s'il était donc dans la nature de l'opération de la pierre d'entraîner d'aussi grands dangers, ou si ces dangers ne tenaient pas plutôt aux méthodes et aux procédés suivant lesquels on la pratique? Les amputations, les débridements dans les hernies étranglées, ont leurs chances; l'opération de la cataracte et celle de l'hydrocèle elle-même ont les leurs; en un mot, toutes les opérations de la chirurgie ont leurs chances de vie et de mort, de succès et d'insuccès; mais quatre ou cinq chances de guérison sur cinq ou six opérations de la pierre étaient-elles donc le dernier terme des efforts de l'art dans la taille?

Pour résoudre cette question, il fallait rechercher quelles sont les causes les plus ordinaires de la mort des malades qui succombent aux suites de cette opération. Ces recherches, moins faciles, plus délicates, et, pour ces raisons, moins exactes peut-être que les précédentes, me conduisirent néanmoins aux résultats que voici : c'est que parmi les individus qui succombent aux suites de l'opération de la pierre, plus de la moitié, c'est-à-dire près des trois cinquièmes, périt d'inflammations dont le plus grand nombre a son siége dans la vessie, dans le tissu cellulaire du bassin, dans le rectum, dans l'intestin grêle et jusque dans l'estomac, dans le péritoine, les reins, les poumons, les plèvres ou le foie; qu'un quart environ périt d'hémorrhagies ou des suites

qu'elles entraînent, et que le reste, enfin, succombe à des maladies concomitantes ou accidentelles, comme affections vermineuses, rougeoles, convulsions, petites-véroles, indigestions, rhumatismes, catarrhes, etc.

Mais quelles sont les causes des accidents divers que nous venons d'indiquer? L'observation des maladies et l'ouverture des cadavres l'apprennent encore. Tantôt on trouve le col de la vessie et la moitié gauche de la prostate largement et nettement divisés par l'instrument tranchant, jusqu'au tissu cellulaire qui environne le bas-fond et les parties latérales de la vessie, et l'on voit l'inflammation née dans ce tissu s'étendre à tout le bassin, au rectum et au péritoine ; tantôt on trouve le col de la vessie et la moitié gauche de la prostate à peine divisés par une plaie dont les lèvres sont contuses, déchirées, arrachées, ramollies, gangrenées, réduites en putrilage, et l'on voit l'inflammation s'étendre de ces parties au tissu cellulaire du bassin, au rectum et au péritoine, comme dans le premier cas, mais pour des raisons différentes.

En effet, les incisions larges déterminent ces inflammations, parce qu'elles dépassent les limites du col de la vessie, celles de la prostate, et qu'elles mettent l'urine en contact avec le tissu cellulaire du bassin. Les incisions étroites les déterminent par les difficultés qu'elles opposent à l'introduction, à la manœuvre des instruments, et surtout à l'extraction de la pierre, par les efforts, les contusions, les déchirures, les arrachements qui en sont la suite. Tous ces désordres tiennent à une cause générale, savoir : à l'étroitesse de l'espace choisi pour pénétrer dans la vessie, étroitesse telle, qu'on ne peut rester dans les limites prescrites par la conformation des parties, sans s'exposer à de grandes difficultés dans l'extraction de la pierre, ou franchir ces limites sans introduire, jusqu'au centre du bassin, une cause très active d'inflammation. D'ailleurs, chacune de ces inflammations a des rapports plus ou moins nécessaires avec les circonstances de l'opération : la vessie étant le siége de la pierre et le centre auquel aboutissent tous les efforts, ce viscère s'enflamme d'autant plus

souvent que l'opération, et en particulier l'extraction du corps étranger, ont été plus longues et plus difficiles.

L'inflammation du tissu cellulaire du bassin tient aux mêmes causes que celle de la vessie, et, de plus, à ce que les incisions et les déchirures, en dépassant les limites du col de cet organe, et celles de la prostate, conduisent jusque dans la profondeur du bassin l'urine, l'un des liquides les plus irritants qui existent dans l'économie animale. Une fois déterminée, cette inflammation s'étend, avec plus ou moins de violence et de rapidité, suivant les cas et la disposition des malades, à des distances très grandes de son point de départ.

L'inflammation du rectum est, ou la suite de celle du tissu cellulaire qui l'environne, c'est ce qu'on observe dans le plus grand nombre des cas ; ou bien elle est le produit de la dénudation de la face antérieure de cet intestin et de l'action immédiate et prolongée de l'urine sur ses parois.

Les inflammations de l'intestin grêle et de l'estomac tiennent à plusieurs causes, savoir : à la continuité de tissus qui existe entre le rectum et ces parties, à la réaction sympathique de la vessie sur elles, à la puissance qu'a la fièvre traumatique de développer les germes d'inflammations qui existent cachés dans ces organes, souvent enfin à des écarts de régime.

L'inflammation du péritoine résulte, tantôt de celle de la vessie, dont il revêt une partie ; tantôt de celle du tissu cellulaire, qui les unit ou qui environne le col et le bas-fond de cet organe ; enfin, elle a quelquefois lieu, indépendamment de l'une et de l'autre de ces causes, et par une sorte d'irritation qui se transmet sympathiquement des parties intéressées, dans l'opération, jusqu'à cette membrane.

Il en est de même de l'inflammation des reins : elle leur est quelquefois transmise de la vessie, par le moyen des uretères ; d'autres fois elle s'y déclare sympathiquement, c'est-à-dire sans qu'il existe aucune continuité d'inflammation entre la vessie et ces organes. Dans quelques cas, elle résulte de la présence de corps étrangers ; dans d'autres cas, enfin, elle est la suite de quelque lésion organique préexistante.

Les inflammations éloignées, telles que celles des poumons,

des plèvres, du foie et des autres organes, ne peuvent dans aucun cas être produites par continuité de parties. Elles sont ou sympathiques et causées par la réaction des organes primitivement affectés sur le reste de l'économie animale; ou bien elles sont déterminées par la fièvre, qui, trouvant dans certaines parties du corps des germes d'inflammation visibles, comme des tubercules, ou invisibles, comme le sont beaucoup de causes de maladies, y développe des inflammations plus ou moins dangereuses par elles-mêmes, et bien plus dangereuses encore lorsqu'elles viennent compliquer une grande opération.

Que ces inflammations soient idiopathiques, qu'elles soient sympathiques, ou qu'elles soient une suite de la fièvre excitée dans l'économie animale, elles sont d'autant plus dangereuses que l'opération a été plus longue, plus difficile et plus douloureuse.

Les hémorrhagies ont plusieurs sources: tantôt elles viennent des artères transverses du périnée, comme lorsque l'opérateur, pour s'éloigner du rectum ou de l'artère honteuse interne, a commencé l'incision trop près des bourses; tantôt elles viennent de l'artère superficielle du périnée, divisée près de son origine, comme lorsque l'incision a été très prolongée vers la tubérosité de l'ischion : elles tiennent quelquefois à la division de quelques unes des artères hémorroïdales, tant internes qu'externes, lorsque l'incision a été conduite trop près de la surface du rectum, en tirant sur son côté externe; quelquefois, mais rarement, elles sont produites par la division de l'artère honteuse interne, lorsque, dans la crainte d'entamer le rectum, l'opérateur a dirigé l'incision transversalement en dehors; enfin elles tiennent souvent à des variétés anatomiques qu'aucun art ne saurait faire prévoir.

Ces inflammations et ces hémorrhagies ont un rapport direct et incontestable avec l'opération. Les autres causes de mort n'ont pas au premier coup d'œil des rapports aussi évidents avec elle; pourtant elles s'y rattachent d'une manière plus ou moins directe; en effet, elles sont presque

toutes le produit de l'ébranlement, et, suivant les cas, de l'affaiblissement ou de l'excitation de l'économie animale, en sorte qu'elles sont d'autant plus à redouter que cet ébranlement a été plus grand. Ainsi, en dernière analyse, tous les accidents qui suivent l'opération de la pierre se rattachent plus ou moins directement à cette opération et aux circonstances qui l'accompagnent. Ils sont d'autant plus fréquents et d'autant plus redoutables que l'opération a été plus longue, plus difficile et plus douloureuse; et ils sont d'autant plus rares et d'autant moins dangereux, qu'elle a été plus courte, plus facile et moins douloureuse.

SECT. II. — DE QUELQUES ESSAIS POUR DIMINUER LES DANGERS DE L'OPÉRATION DE LA E RRE.

Certain, par tout ce qui précède, que l'opération de la taille cause la mort du cinquième environ de ceux auxquels elle est pratiquée; que la majeure partie des sujets opérés qui succombent, périt d'inflammations; que, parmi ces inflammations le plus grand nombre affecte la vessie, le tissu cellulaire du bassin, le rectum, le péritoine ou les reins, et que toutes celles-ci tiennent aux difficultés qu'a rencontrées l'opérateur, ainsi qu'aux efforts qu'il a été obligé de faire; que les autres, pour avoir un siége plus éloigné, ne sont pas moins excitées par le fait de l'opération, qui agit comme une cause occasionnelle d'autant plus active que la première a été plus difficile et plus laborieuse; que les hémorrhagies constituent, après les inflammations, la cause qui fait périr le plus grand nombre d'individus opérés; et qu'enfin, parmi les autres causes de mort, il en est beaucoup qui peuvent être attribuées aux influences qu'une opération longue, difficile, qui tantôt exalte, tantôt épuise les forces, a dû exercer sur l'économie animale, je restai persuadé que la taille n'était pas encore arrivée au degré de perfection qu'elle pouvait atteindre. Je pensai dès lors que, si l'on pouvait rendre l'incision des parties et surtout l'extraction de la pierre plus romptes, plus faciles et moins douloureuses, on pourrait

diminuer les chances d'inflammations locales et éloignées ; et que, si l'on pouvait tenir le tranchant des instruments à une distance plus grande du tronc des vaisseaux placés dans le voisinage des parties qu'on doit diviser pour pénétrer dans la vessie, on pourrait encore diminuer les chances de mortalité de l'opération de la pierre, en évitant les hémorrhagies qui résultent de la lésion de ces vaisseaux.

Plein de ces idées et de ces espérances, je m'occupai immédiatement des moyens qui peuvent conduire à un résultat si important. C'est dans cette vue que furent essayées sur le cadavre un grand nombre de manières d'arriver à la vessie par le périnée. Parmi ces essais, les uns eurent pour but de pénétrer dans cet organe en épargnant son col, les autres en l'attaquant.

A.) On ne peut, dans l'homme, pénétrer entre les pubis et le col de la vessie, qu'en coupant en travers le canal de l'urètre, en entamant plus ou moins fortement les corps caverneux, en divisant les artères transverses du périnée, les artères honteuses internes, un lacis prodigieux de veines, une masse de tissu cellulaire très lâche, très susceptible d'infiltrations et d'inflammations promptes à s'étendre au loin. Indépendamment de ces graves inconvénients, je m'assurai qu'une incision faite sur cette partie, qui correspond au point le plus étroit de l'arcade des pubis, rendrait très difficile la manœuvre de l'opération, et ne permettrait d'extraire qu'avec beaucoup de peine de très petits calculs. Chez la femme, le choix de cette région, pour parvenir dans la vessie, sans entamer le col de cet organe, a les mêmes inconvénients et les mêmes avantages que chez l'homme, si l'on en excepte que la division du canal de l'urètre n'a pas lieu, et que l'écartement des pubis laisse un peu plus d'espace pour extraire la pierre.

B.) Il n'est pas possible de pénétrer dans la vessie par dessous le col de cet organe, en épargnant à la fois ce col et le rectum. En effet, l'espace que l'urètre et le gros intestin laissent entre eux, assez grand du côté de la peau, se rétrécit à mesure qu'on approche de la vessie : il disparaît

bientôt, et l'application de la partie membraneuse de l'urètre au rectum ne laisse pas d'intervalle par lequel on puisse pénétrer dans la vessie. D'ailleurs, en allant plus loin, on rencontrerait la prostate et les conduits éjaculateurs, et au-dessus de ces parties, les vésicules séminales ; c'est pourtant la région sur laquelle se pratiquait la taille de Celse.

C.) Il restait à savoir si l'on pourrait pénétrer avec avantage dans le corps de la vessie, en l'attaquant sur les côtés de son col. C'est là ce qui constitue la méthode de Foubert et de Thomas. On peut sans doute pénétrer par cette voie jusqu'au corps de la vessie, en divisant les parties situées entre les branches des pubis et des ischions d'une part, le canal de l'urètre et le col de la vessie de l'autre part. Mais un examen attentif des incisions faites dans ce but apprend qu'elles divisent constamment les artères superficielles du périnée et les artères tranverses du bulbe de l'urètre ; qu'elles entament fréquemment les corps caverneux ; qu'elles ouvrent souvent l'artère honteuse interne ; qu'elles traversent le grand lacis de veines, et la masse de tissu cellulaire, qui enveloppent le col et les parties latérales de la vessie, et qu'elles doivent exposer autant, pour le moins, que l'incision pratiquée au-dessus du col de cet organe, aux infiltrations et aux inflammations dans le tissu cellulaire du bassin.

Toutes ces manières ont d'ailleurs un désavantage commun, celui de priver l'opérateur du secours que lui fournit le cathéter dans d'autres méthodes, et de l'obliger à faire des incisions profondes à des parties délicates et importantes sans guide assuré, ou à suppléer ce guide par des moyens difficiles, insuffisants et dangereux.

L'emploi du cathéter donne à l'opération de la pierre, toutes les fois qu'il peut y être employé, un degré de précision et de sûreté dont on ne saurait se priver sans de grands inconvénients ; cette circonstance, et la facilité que procure cet instrument de pénétrer dans la vessie par son col, doivent faire donner la préférence à cette voie, dans tous les cas où le calcul peut être extrait par dessous les pubis.

Or, le col de la vessie peut être attaqué en avant, en ar-

rière, en travers, d'un côté et de l'autre, et dans tous les points intermédiaires à ces quatre points principaux.

D.) L'incision du col de la vessie, faite en avant, c'est-à-dire vers la symphyse des pubis, divise le bulbe de l'urètre et les artères transversales qu'il renferme, la partie membraneuse de ce canal, la partie supérieure de la prostate, le plexus veineux et le tissu cellulaire abondant qui environnent le col de la vessie ; c'est cette voie que Thompson (1) paraît avoir préférée, c'est celle que j'ai moi-même suivie pendant quelque temps (2). En incisant le col de la vessie dans cette direction, on se tient, il est vrai, fort éloigné du rectum, des artères honteuses internes et superficielles du périnée; mais on est conduit sur les artères transversales du bulbe de l'urètre, le plexus veineux et le tissu cellulaire qui environnent le col de la vessie ; et, outre qu'une incision pareille a l'inconvénient de resserrer l'opération dans la partie la plus étroite de l'arcade des pubis, et d'opposer les plus grandes difficultés à l'extraction des calculs, pour peu qu'ils soient volumineux, elle a surtout l'inconvénient de déterminer fréquemment, autour du col de la vessie, des inflammations qui s'étendent bientôt à tout le bassin, tantôt par le moyen des veines, tantôt par le moyen du tissu cellulaire.

E.) Les incisions faites en arrière directement, ou même un peu sur les côtés, atteignent, dans tous les cas, les canaux éjaculateurs, lésion à laquelle, même après les observations de Scarpa (3), je ne saurais donner toute l'importance que quelques personnes veulent lui attribuer; mais elles ont un inconvénient plus grand, c'est de ne pas permettre de donner une étendue de quelques lignes à l'incision, à moins de s'exposer à traverser aussitôt la prostate et à tomber

(1) John Thompson, *Observations on lithotomy*. Edinburgh, 1808.— *Also an appendix to a proposal for a new manner of cutting the stone*, in-8°. Édinburgh, 1810.

(2) Guérin, *Histoire et description de la taille latérale suivant la méthode perfectionnée de Cheselden*, in-8°. Paris, 1818.

(3) A. Scarpa, *Saggio di osservazioni sul taglio retto-vescicale per l'estrazione della pietra dalla vescica orinaria*, in-4°. Pavia, 1823.

dans le rectum. M. Sanson (1), s'appuyant sur des faits nombreux et importants, a le premier osé concevoir l'idée et donner le précepte d'inciser toutes ces parties.

F.) Les incisions en travers du col de la vessie, c'est-à-dire dirigées horizontalement en dehors ou vers l'une ou l'autre des branches des pubis, divisent les muscles bulbo et ischio-caverneux, et quelquefois le corps caverneux lui-même, les artères superficielles du périnée, celle du bulbe, l'artère honteuse interne, la partie membraneuse de l'urètre, et l'un ou l'autre des lobes de la prostate : elles fournissent, pour l'extraction de la pierre, un espace plus large que les incisions qui sont faites en avant ; mais elles exposent d'une manière tellement certaine à des hémorrhagies graves, qu'on ne doit y recourir dans aucun cas.

G.) Parmi les incisions obliques, celles qui sont dirigées en haut et en dehors, c'est-à-dire celles qui tiennent le milieu entre la symphyse des pubis et les branches de ces os, divisent à la fois le bulbe de l'urètre et ses artères, les artères superficielles du périnée, et les artères honteuses internes : elles ont donc plus d'inconvénients que les incisions en avant ; elles en ont autant que les incisions en travers, et elles n'offrent d'ailleurs aucun avantage qui puisse compenser tant d'inconvénients réunis ; elles ne sauraient être employées tout au plus que comme accessoires, dans le cas où le volume du calcul à extraire pourrait obliger à agrandir une ouverture pratiquée dans un autre sens au col de la vessie.

H.) Il n'en est pas de même des incisions obliques en bas et en arrière, c'est-à-dire de celles qui se dirigent vers la tubérosité de l'ischion. C'est dans cette direction que sont pratiquées toutes les opérations exécutées suivant la méthode appelée *taille latéralisée*. La longueur de l'espace sur lequel peuvent être pratiquées ces incisions, mesurée sur l'adulte, à partir de quinze lignes en avant de l'anus jusqu'à la tubé-

(1) Sanson, *Moyens de parvenir à la vessie par le rectum*, in-8°. Paris, 1817.

rosité de l'ischion, n'a presque jamais plus de quinze à dix-huit lignes d'étendue, malgré l'obliquité de sa direction. Cet espace, mesuré d'un point qui correspondrait à l'ouverture du col de la vessie jusqu'à la tubérosité de l'ischion, est encore moins étendu ; et cependant c'est cette dernière longueur qu'il faut prendre pour avoir la mesure de la seule étendue profitable que puisse avoir l'incision des parties molles.

Voici ce que l'expérience et l'observation apprennent sur les diverses incisions qu'on peut faire sur cet espace et dans cette direction.

1.) Si, pour rendre facile l'extraction de la pierre, on donne à cette incision toute l'étendue dont elle est susceptible, elle divise le col de la vessie et la prostate dans toute leur profondeur ; elle entame le corps de la vessie, et elle tombe dans le tissu cellulaire du bassin, où elle donne lieu, soit par elle-même, soit par les déchirures dont l'extraction est suivie, soit enfin par le contact de l'urine, à des inflammations plus ou moins dangereuses. Elle est encore fréquemment accompagnée de la division de l'artère transversale du périnée en avant, de l'artère superficielle, et quelquefois de celle de l'artère honteuse interne en dehors et en bas, et, dans tous les cas, de la lésion du rectum sur le côté.

2.) Si, pour éviter ces inconvénients, on ne donne à cette incision que de très petites dimensions, on ménage, il est vrai, l'artère transversale du bulbe, l'artère superficielle du périnée, ainsi que l'artère honteuse interne et le rectum ; mais l'incision ainsi bornée rend très difficile et très douloureuse la manœuvre des instruments, et surtout l'extraction de la pierre, qui ne peut avoir lieu, alors même que celle-ci est peu volumineuse, sans tractions violentes, sans distensions, sans contusions, et même quelquefois sans arrachement de parties plus ou moins considérables du col de la vessie.

3.) Que si, pour conserver à cette incision des dimensions convenables, et pour éviter en même temps les artères placées au côté interne de la tubérosité de l'ischion, on la commence fort près des bourses, on ouvre, dans tous les cas, l'artère transversale du périnée, qui fournit, suivant son

volume, lequel est très variable, une plus ou moins grande quantité de sang; et d'ailleurs on ne fait rien pour l'ouverture du col de la vessie, qui ne dépend jamais de l'étendue donnée à l'incision des parties molles extérieures.

4.) Enfin si, pour ménager l'artère transverse du périnée et le bulbe de l'urètre, on commence l'incision à huit ou neuf lignes seulement de l'anus, on évite, il est vrai, ces parties; mais on est obligé, ou de donner une direction presque transversale à l'incision, et alors elle atteint fréquemment les artères superficielles et l'artère honteuse interne, ou bien on la dirige obliquement en arrière, et assez souvent le rectum est entamé. Qu'on examine la manière d'opérer de chaque praticien, et l'on verra qu'elle participe plus ou moins à quelqu'un des inconvénients que nous venons d'indiquer, suivant qu'il met plus ou moins de soin à éviter l'inconvénient opposé.

On dira peut-être qu'il est un juste milieu à garder entre ces extrémités, et que c'est précisément ce que font les chirurgiens éclairés; mais pour que ce juste milieu pût être gardé, il faudrait que la maladie, c'est-à-dire la pierre, eût, dans tous les cas, un juste volume. Il faut le dire, ces inconvénients sont attachés à l'étroitesse des lieux sur lesquels on pratique la taille latérale, et on ne peut éviter l'un de ces inconvénients sans tomber aussitôt dans l'autre.

Dans les essais précédents, le col de la vessie n'était entamé que sur un point, et l'ouverture faite à cet organe ne pouvait avoir d'étendue que celle de l'espace, presque toujours très limité, qui se trouve compris entre ce point et les parties de la circonférence qui lui sont opposées; mais n'était-il pas possible, en attaquant le col de la vessie sur deux points à la fois, d'augmenter beaucoup les dimensions de l'ouverture faite à la cavité de cet organe, de rendre l'extraction des calculs plus aisée, et d'éviter pourtant les inconvénients attachés aux incisions portées trop loin sur un seul côté? Telle est l'idée qui a présidé aux essais que je vais rapporter. Louis avait déjà donné le précepte et l'exemple de ces incisions doubles pour l'opération de la taille chez la femme. Il

ne s'agissait plus que de savoir jusqu'à quel point ce principe pouvait être appliqué à l'homme.

I.) Les incisions combinées en avant et en arrière ne peuvent donner un bien grand espace. En effet, elles tombent, presque immédiatement après avoir traversé le col de la vessie, sur la symphyse des pubis d'une part, et sur le rectum de l'autre part : elles ont donc, sous le rapport de la lésion de l'artère transverse du périnée, du lacis de veines et du tissu cellulaire qui entourent le col de la vessie, les inconvénients que nous avons reprochés aux incisions en avant ; et, sous le rapport de la lésion du rectum, ceux que nous avons dit résulter des incisions en arrière, directes, ou même un peu obliques. Leur réunion n'offre donc que des inconvénients sans aucun avantage qui puisse les compenser.

K.) Les incisions obliques, dirigées de la tubérosité de l'un des ischions vers la branche descendante du pubis du côté opposé, semblaient offrir une combinaison plus heureuse. En effet, aux avantages incontestables de l'incision obliquement dirigée du col de la vessie vers la tubérosité de l'ischion, elles semblaient devoir réunir une étendue plus grande et plus propre à favoriser l'extraction de calculs volumineux ; mais nous avons déjà fait voir qu'il n'est pas, sous le rapport des hémorrhagies, d'incisions plus dangereuses que celles qui sont dirigées du col de la vessie vers la branche descendante des pubis ; car elles divisent constamment les artères superficielles du périnée, les artères du bulbe de l'urètre, et, le plus souvent encore, les artères honteuses internes.

L.) Si les incisions doubles, dirigées de la symphyse des pubis vers le rectum, et de la tubérosité de l'un des ischions vers la branche descendante du pubis du côté opposé, ont peu d'avantages et beaucoup d'inconvénients, il n'en est pas de même des incisions doubles dirigées en travers, c'est-à-dire d'une tubérosité de l'ischion à l'autre : celles-ci, pratiquées dans la partie la plus évasée de l'arcade des pubis, intéressent à peu près les mêmes parties que les incisions obliques en dehors et en arrière, c'est-à-dire que la taille latérale, et elles donnent une large ouverture pour l'extraction

des calculs volumineux. Il est vrai que, dans ces incisions, le tranchant de l'instrument se trouve dirigé perpendiculairement sur les vaisseaux qui remontent le long de l'arcade des pubis; mais d'abord, elles peuvent être bornées à une étendue qui les tienne à une assez grande distance de ces vaisseaux, pour qu'ils n'en soient pas entamés; ensuite, et c'est là le point essentiel, ainsi qu'on le verra, on peut, en leur donnant la direction oblique qui constitue la taille latérale, les porter très loin, et par conséquent avoir une très grande ouverture, sans intéresser en rien les vaisseaux.

Ces essais ne furent pas bornés au cadavre : plusieurs furent transportés, mais avec une extrême réserve, sur le vivant. C'est ainsi que, pendant quelque temps, je fis usage, dans l'opération de la taille, de l'incision du col de la vessie, en tirant vers la symphyse des pubis. A cet effet, un cathéter étant introduit, et étant tenu droit sur la ligne médiane par un aide, une première incision d'un pouce et demi, pratiquée sur le raphé, depuis le bas des bourses jusqu'à six lignes environ de l'anus, divisait la peau et le tissu cellulaire; une seconde incision, faite dans la même direction, divisait les muscles bulbo-caverneux, le bulbe et la partie membraneuse de l'urètre; une fois parvenu dans la cannelure du cathéter, un lithotome caché, ou bien un bistouri boutonné, étaient introduits dans la vessie; le cathéter étant retiré, et le tranchant du lithotome ou du bistouri étant dirigé en haut, du côté de la symphyse des pubis, je faisais, en pressant d'arrière en avant, et en retirant tout à la fois l'instrument de dedans en dehors, une incision à la partie antérieure du col de la vessie.

Dans cette manière d'opérer, le canal de l'urètre se trouve divisé, en bas d'abord, et ensuite en haut; double incision qui n'a jamais eu le moindre inconvénient ni la moindre suite fâcheuse. Le bulbe et son artère transverse sont divisés, ce qui a plus d'une fois donné lieu à des hémorrhagies peu inquiétantes, et qui se sont presque toujours arrêtées d'elles-mêmes. Mais les grands inconvénients de cette méthode sont de traverser supérieurement toute l'épaisseur de la prostate;

de conduire l'incision jusque dans le tissu cellulaire du bassin, et, malgré tout, de ne donner qu'une ouverture étroite, dans la partie la plus resserrée de l'arcade des pubis, ouverture qui ne permet d'extraire sans difficultés que de très petits calculs, et qui exige pour l'extraction des autres des efforts longs et douloureux, ou des incisions supplémentaires au col de la vessie, d'où résultent des inflammations dangereuses du tissu cellulaire du bassin. Je ne tardai pas à renoncer à cette méthode.

Certain que l'opération de la taille ne pouvait être améliorée par des incisions dirigées en avant, et convaincu que celles qui seraient faites dans la plupart des autres sens que j'ai indiqués, offriraient au moins autant d'inconvénients que d'avantages, je m'attachai à l'idée de faire aux parties latérales du col de la vessie, c'est-à-dire aux deux lobes de la prostate, une incision qui se dirigerait, de chaque côté, vers la tubérosité de l'ischion, comme dans la taille latérale.

En effet, puisque les dangers de l'opération de la pierre, pratiquée selon la méthode dite latéralisée, proviennent ou des inflammations qui résultent de l'étroitesse des ouvertures faites au col de la vessie, et des efforts qu'elle nécessite, ou des hémorrhagies qui sont la suite de la trop grande étendue donnée à ces ouvertures, il semblait qu'en partageant l'incision entre les deux côtés du périnée, du col de la vessie et de la prostate, et qu'en réduisant, pour chaque côté, l'incision à la moitié de son étendue totale, on pourrait obtenir, avec beaucoup moins de danger d'hémorrhagie, une ouverture plus grande, plus propre à faciliter l'extraction de la pierre, et à éviter les causes d'inflammation que par la taille latérale; il semblait enfin que cette combinaison de deux incisions semblables et bornées à des parties qu'on peut intéresser sans danger satisferait aux deux grandes indications de toute opération de la pierre bien faite, c'est-à-dire donner une grande ouverture et épargner les vaisseaux.

M.) Dans les essais de cette méthode faits sur le cadavre, une première incision, pratiquée sur la ligne médiane avec un bistouri ordinaire, divisait la peau et le tissu cellulaire;

une seconde incision divisait la partie membraneuse de l'urètre, et conduisait à la cannelure du cathéter. Un bistouri boutonné ou un lithotome caché étaient ensuite guidés par cette cannelure jusque dans la vessie; le cathéter étant retiré, le tranchant de l'instrument étant dirigé vers la tubérosité de l'ischion, du côté droit, et faisait au lobe correspondant de la prostate une incision de huit à dix lignes, suivant le volume présumé de la pierre. L'instrument était introduit une seconde fois dans la vessie, sur le cathéter ou sur l'indicateur de la main, et son tranchant, dirigé vers la tubérosité de l'ischion, du côté gauche, faisait au second lobe de la prostate une incision analogue à la première. Les lèvres de l'incision faite à la peau pouvaient être ménagées ou bien divisées en travers, au gré de l'opérateur, et suivant le volume présumé de la pierre, en tenant le manche de l'instrument tranchant sur la ligne médiane, ou bien en l'inclinant plus ou moins fortement vers les cuisses.

Telle était la manière à laquelle je m'étais arrêté, et suivant laquelle j'avais déjà opéré plusieurs maladies, lorsque M. Sanson commença les recherches qui l'ont conduit à proposer la taille par le rectum. Dans la méthode de cet habile chirurgien, un cathéter étant introduit dans la vessie et tenu droit sur la ligne médiane, l'indicateur de la main gauche est porté dans le rectum, sa face palmaire en avant. Un bistouri conduit à plat sur ce doigt, et dont le tranchant est ensuite dirigé vers les pubis, sert à faire aux sphyncters de l'anus et à la paroi antérieure du rectum, une incision d'un pouce environ. La partie membraneuse de l'urètre est ensuite ouverte, et le bistouri, dirigé d'avant en arrière sur la cannelure du cathéter, fait à la partie inférieure du col de la vessie et de la prostate une incision qu'on prolonge plus ou moins, suivant le volume présumé de la pierre. Le cathéter est alors retiré, et des tenettes, introduites dans la vessie, cherchent et chargent la pierre, dont l'extraction est d'autant plus aisée, que les efforts sont exercés dans une direction plus rapprochée de l'axe de la vessie, et dans la partie la plus large du détroit inférieur du bassin. Aucun vaisseau ne peut être divisé, si

ce n'est quelques branches des artères hémorroïdales.

Je suspendis tous mes essais, frappé que je fus de la promptitude, de la facilité et de l'innocuité de la taille par le rectum, et je pratiquai sur dix ou douze individus l'opération imaginée par M. Sanson.

Mes idées sur les avantages de cette méthode, employée encore aujourd'hui par Vacca, Géri, etc., ne sont pas changées : je la crois toujours plus facile, plus prompte et moins dangereuse que toutes les autres méthodes connues; et j'ai calculé que par elle les chances générales de mortalité sont réduites à une sur huit opérés, résultat important que Scarpa a beaucoup trop négligé lorsqu'il a combattu et condamné sans réserve la taille par le rectum. Cette méthode a, il est vrai, quelques inconvénients; elle intéresse plus ou moins l'un des conduits éjaculateurs, ce que je ne saurais cependant regarder comme une cause d'impuissance; mais elle donne quelquefois lieu à des fistules urétro-rectales, inconvénient plus grave, qui a dû s'opposer et qui s'opposera peut-être à son adoption générale, autant de temps qu'on n'aura pas su le prévenir ou le guérir sûrement, ou que l'on fera plus de cas d'une chance d'incommodité que d'une chance de mort.

Plus tard, l'annonce de la méthode du broiement de la pierre dans la vessie (1), et les encouragements donnés à cette méthode par l'un des membres de l'Institut (2), que l'art de guérir compte avec orgueil parmi ses promoteurs les plus distingués, sont encore venus suspendre la suite de mes recherches.

Cette méthode consiste essentiellement : 1° à dilater, à l'aide de sondes de gomme élastique, de volume croissant par degrés, le canal de l'urètre, toujours trop étroit pour recevoir les instruments nécessaires au broiement de la pierre. Cette dilatation de l'urètre exige l'usage des sondes pendant

(1) Civiale, *Nouveau moyen de détruire la pierre dans la vessie sans l'opération de la taille.* (Académ. royale des sciences, janvier 1824.)

(2) Percy, *Rapport fait à l'Académie royale des sciences*, in-8°. Paris, mars 1824.

huit ou dix jours ; 2° à dilater la vessie à l'aide d'injections faites par le moyen d'une sonde d'argent et d'une seringue, pour rendre plus facile et moins dangereuse la manœuvre des instruments dans l'intérieur de cet organe. Cette injection doit être faite au moment de l'opération ; souvent elle a besoin d'être répétée dans la même séance ; 3° à introduire dans la vessie une longue et large canule droite, faite en argent, et qui sert à envelopper une seconde canule d'acier, creuse dans toute sa longueur, divisée à l'une de ses extrémités en trois branches, qui s'écartent lorsqu'on les pousse hors de la canule d'argent, et se rapprochent lorsqu'on les attire au dedans de celle-ci. Dans la canule d'acier est une tige de même métal, dont une extrémité, destinée à agir sur la pierre, est terminée par une espèce de tarière ; l'autre extrémité est arrondie, et fait hors de sa canule une saillie de huit à dix pouces.

L'instrument étant introduit dans la vessie, on cherche la pierre, et après l'avoir sentie, et souvent sans cela, on pousse la canule d'acier hors de la canule d'argent qui la renferme ; ses branches, moins pressées, s'écartent ; elles reçoivent et embrassent plus ou moins fortement, dans leur intervalle, la pierre qu'elles retiennent à l'aide d'un mouvement de retraite qui lui est imprimé dans la canule d'argent. La pierre étant ainsi saisie, un archet est appliqué à l'extrémité de la tige opposée à celle qui est dans la vessie, et par les mouvements rapides de rotation qui lui sont imprimés, la pierre se trouve usée, broyée, divisée. Ces manœuvres ne s'exécutent pas ordinairement sans douleur et sans écoulement de sang.

Une, deux, trois, quatre ou un plus grand nombre de séances, d'un quart d'heure à une demi-heure de durée chacune, sont nécessaires pour détruire le calcul, suivant qu'il est plus ou moins volumineux, friable ou résistant. Les débris de la pierre sortent sous forme de poussière entraînée par l'urine ou les injections. Le reste est retiré avec l'instrument, ou tombe dans la vessie, d'où il est chassé par les urines, s'il n'est pas en fragments trop gros pour franchir son col.

Il n'est pas douteux que cette méthode ne soit fort applicable à des calculs petits et friables ; qu'elle n'ait réussi dans plusieurs cas, et qu'elle ne soit, ainsi que celle de M. Sanson, une acquisition précieuse pour l'art.

Mais enfin, incertain si l'on trouvera les moyens d'éviter ou de guérir les fistules urétro-rectales ; ignorant si la méthode par broiement atteindra les destinées qui lui ont été prédites ; doutant qu'elle puisse être appliquée à tous les âges et aux calculs de tout volume ; persuadé d'ailleurs que, même dans les cas auxquels elle est applicable, une sonde droite d'un fort calibre ne saurait être introduite dans la vessie sans beaucoup d'efforts, de difficultés et de douleurs que les manœuvres nécessaires pour broyer la pierre ne sauraient être sans danger dans tous les cas, et qu'enfin cette méthode doit exposer à des récidives, quelque soin et quelque intelligence qu'on mette à débarrasser la vessie des débris du corps étranger, je me suis décidé à reprendre la suite de mes recherches sur la taille qui porte à la fois sur les deux côtés du raphé.

Mais, avant de faire connaître le résultat de ces recherches, je vais rappeler quelques dispositions anatomiques des parties sur lesquelles on doit la pratiquer. Cette exposition favorisera l'intelligence de ce que j'ai à dire sur l'opération elle-même. Je m'efforcerai d'ailleurs de choisir ce qui a trait à mon sujet, et d'éloigner ce qui ne lui est pas indispensable.

SECT. III. — ESQUISSE ANATOMIQUE DE LA RÉGION POSTÉRIEURE DU PÉRINÉE.

La surface du détroit inférieur du bassin, bornée par deux lignes qui s'étendraient de la symphyse des pubis aux tubérosités des ischions de chaque côté, et de ces tubérosités à la pointe du coccix, représente un losange parfait dont le plus grand diamètre, étendu de la symphyse à la pointe du coccix, répond à la ligne médiane du corps ou au raphé. Une ligne droite, tirée d'une tubérosité de l'ischion à l'autre,

coupe ce diamètre par son milieu, et partage cette surface en deux triangles parfaitement égaux. Il est digne d'attention que l'anus est constamment placé chez l'homme au point d'intersection de ces deux lignes, et que chez la femme ce n'est plus l'anus, mais l'orifice inférieur du vagin qui se trouve sur ce point, et, par conséquent, au centre du détroit inférieur du bassin. Des deux triangles en lesquels la surface du périnée se trouve ainsi partagée, l'un, situé en arrière de l'anus, est étranger à notre sujet; l'autre, situé en avant de cette ouverture, est le champ étroit sur lequel se sont exercés et sur lequel, sans doute, s'exerceront long-temps les lithotomistes. Le champ que nous allons prendre est plus étroit encore. Il peut être exactement circonscrit par une ligne courbe, qui, partant de la tubérosité de l'ischion d'un côté, s'étendrait à la tubérosité opposée, en passant au niveau du bulbe de l'urètre, c'est-à-dire à neuf ou dix lignes de l'anus. Sa longueur est donc égale à la distance qui sépare les ischions; sa plus grande largeur d'avant en arrière, sur la ligne médiane, n'est que de neuf à dix lignes : elle décroît constamment à mesure qu'on se rapproche des ischions.

Une coupe du bassin, pratiquée parallèlement à son axe, des pubis vers le sacrum, et sur un cadavre soumis à une congélation profonde, donne pour l'espace que nous décrivons, une surface triangulaire, dont la base, appuyée au raphé, est de neuf à dix lignes, dont le sommet, situé à l'endroit où se rencontrent la partie membraneuse de l'urètre et le rectum, est couronné par la prostate, qui, de ce point, s'élève sur un angle inférieur pour aller embrasser le col de la vessie. Le bord antérieur de ce triangle formé par l'urètre, a douze ou treize lignes de longueur, sur l'adulte; le bord postérieur, formé par le rectum, est moins long et n'a que onze ou douze lignes. Ces deux bords font tous deux saillie dans l'aire du triangle qu'ils bornent en avant et en arrière, et par là ils rétrécissent plus ou moins l'espace que nous décrivons. La saillie qui existe sur le bord antérieur est d'abord formée par le bulbe de l'urètre, et ensuite par la partie membraneuse de ce canal, qui offre une courbure

régulière et constante ; mais qui, à cause des variations de volume, de saillie ou de longueur du bulbe, est plus ou moins recouverte et plus ou moins difficile à atteindre dans l'opération de la pierre. La saillie qui existe sur le bord postérieur, est formée par la partie antérieure et inférieure du rectum : elle n'est rien moins que régulière et constante. C'est à son étendue et à ses irrégularités qu'il faut surtout attribuer les lésions du rectum dans la taille latérale. En effet, suivant que le rectum est vide ou plein, que ses parois ont conservé ou perdu leur contractilité, qu'elles s'avancent plus ou moins sur les côtés de la prostate, et vers la partie membraneuse de l'urètre, cet intestin doit être plus ou moins exposé à l'action des instruments dirigés sur ces parties.

D'autres coupes, pratiquées au bassin perpendiculairement à son axe, et en s'élevant progressivement du détroit inférieur vers le détroit supérieur, constatent, comme la précédente, que l'espace qui nous occupe n'a, sur les côtés, d'autres limites que les vaisseaux, les nerfs et les muscles appuyés sur les tubérosités de l'ischion ; qu'il n'a dans sa plus grande largeur, mesurée d'avant en arrière, et vers le raphé, que neuf ou dix lignes environ, et qu'en s'élevant vers le col de la vessie, cet espace, tout en conservant son étendue en travers, perd sans cesse de son étendue d'avant en arrière, à mesure que le rectum et l'urètre, qui lui servent de limites dans ces deux sens, se rapprochent, se touchent et adhèrent l'un à l'autre, à l'aide d'une couche mince de tissu cellulaire élastique. Tel est, de limitation en limitation, l'espace sur lequel nous proposons de pratiquer l'opération de la taille.

Cet espace est fermé inférieurement par une peau mince, extensible, élastique, qui n'adhère que très faiblement aux parties qu'elle revêt, et qui peut facilement se mouvoir sur elles ; par suite de cette élasticité, elle cède aisément à l'action des instruments tranchants, et elle revient sur elle-même aussitôt que cette action a cessé ; d'où la nécessité de la tendre fortement, toutes les fois qu'on veut la diviser dans l'opération de la pierre.

Les parties situées au-delà de la peau, et que nous allons indiquer plutôt que décrire, sont les suivantes.

1° Sur toute l'étendue du périnée, une couche mince du tissu cellulaire élastique, toujours exempt de graisse et presque toujours aussi de sérosité. On retrouve cette même membrane à la marge de l'anus, aux bourses, autour de la verge, et dans d'autres parties du corps de l'homme et des animaux qui présentent des conditions analogues à celles des parties que nous venons d'indiquer. Cette expansion est surtout destinée à favoriser ou à suivre, à l'aide de son élasticité, les déplacements de la peau.

2° Sur la ligne médiane, la partie antérieure du sphincter externe de l'anus, formée de fibres elliptiques, lesquelles se partagent en deux faisceaux, dont un, superficiel, se jette sur la membrane élastique qui le recouvre, et l'autre s'enfonce dans la profondeur du raphé pour aller s'attacher à une autre membrane que nous indiquerons bientôt, ou se confondre avec les muscles du bulbe de l'urètre, circonstances qui établissent entre ces parties une liaison telle, que le sphincter externe ne peut pas se contracter sans que les membranes superficielles du périnée ne soient tendues, et que le bulbe de l'urètre ne soit attiré en arrière.

3° Sous le sphincter externe, du tissu cellulaire en gros flocons graisseux, formant une couche plus ou moins épaisse, suivant l'âge et l'embonpoint des individus, et dans lequel on commence à apercevoir, sur les côtés, où sa masse est encore plus abondante que sur la ligne médiane, quelques rameaux d'artères qui cheminent obliquement de dehors en dedans et d'arrière en avant. Ce tissu cellulaire semble destiné à remplir les intervalles que les parties laissent entre elles, et on le voit se prolonger, s'enfoncer dans toutes les directions où existent des vides.

4° Sous la couche de tissu cellulaire graisseux que nous venons d'indiquer, une membrane de nature celluleuse et fibreuse qui, après avoir embrassé la partie inférieure du rectum, passe entre les sphincters et le bulbo-caverneux, contracte quelques adhérences avec les ischions, se confond

là avec l'aponévrose superficielle de la cuisse, se jette ensuite sur les bourses et s'unit au dartos. Elle forme la première ligne des membranes que la nature a disposées avec profusion à l'entrée du détroit inférieur du bassin, et vers la racine de la verge, comme pour soutenir les viscères, donner de la consistance aux parties, et aider à l'action des muscles. C'est à cette membrane que s'attache la majeure partie des fibres du sphincter externe, lequel ne saurait se contracter sans que celle-ci soit fortement tendue et portée en arrière.

5° Au-dessous de cette membrane, une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire graisseux dans laquelle on trouve, comme dans celle qui la précède, des vaisseaux dirigés obliquement de dehors en dedans, et d'arrière en avant, mais dont le volume, plus considérable, annonce qu'ils se rapprochent davantage de leur origine.

6° Sous cette couche de tissu cellulaire, une seconde membrane fibreuse et celluleuse comme la précédente, plus déliée et pourtant plus distincte qu'elle, et qui enveloppe la racine des corps caverneux, les ischio et les bulbo-caverneux, le bulbe et le canal de l'urètre, les vaisseaux qui suivent la direction de ces parties et se dirigent sur les côtés de la verge, à laquelle elle forme une sorte de gaîne. Comme cette membrane, en se portant de la racine vers la partie antérieure de la verge, s'insère, ainsi que la précédente, aux bords des ischions, on pourrait les regarder comme deux parties d'une seule et même production, qui, partant de ces os, se diviserait en deux feuillets pour se porter dans les directions que nous avons assignées à chacune.

7° Sur la ligne médiane, les muscles bulbo-caverneux, lesquels, réunis et confondus en arrière, fournissent au bulbe et à la partie spongieuse de l'urètre une espèce de gouttière par laquelle ils sont embrassés inférieurement et sur les côtés. La partie postérieure de ces muscles s'unit aux sphincters et aux transverses du périnée pour former avec eux un centre musculaire et fibreux très épais, situé à la hauteur du point de l'urètre qu'il faut entamer dans notre

opération. Leur partie antérieure se sépare, et forme de chaque côté un plan musculeux et membraneux qui se jette en dehors, et se termine sur les corps caverneux.

8° Sur les côtés, les ischio-caverneux qui s'étendent de la face interne de la tubérosité de l'ischion à la partie moyenne des corps caverneux, et fournissent à ces corps une espèce de gouttière par laquelle ils sont embrassés comme l'urètre l'est par les bulbo-caverneux. Ces muscles sont séparés en arrière par un intervalle qui, chez l'adulte, est de deux pouces environ; c'est dans cet intervalle que doit être pratiquée l'opération, qui ne saurait pourtant les atteindre sans passer toutes les bornes.

9° Un peu plus profondément, les muscles transverses, situés à la partie postérieure du périnée, entre les muscles ischio et bulbo-caverneux, et à la base de l'espace triangulaire qu'ils laissent entre eux. Ces muscles ne sauraient jamais être épargnés dans les incisions, soit obliques, soit transversales, qui sont pratiquées sur ces régions; mais comme ils sont étendus obliquement du bulbe de l'urètre vers la tubérosité de l'ischion, leurs fibres, dirigées d'avant en arrière et de dedans en dehors, ne peuvent être coupées que par une incision pratiquée en travers, tandis qu'une incision dirigée obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière, doit constamment les ménager.

10° A l'union du sphincter externe avec les bulbo-caverneux et les transverses, un noyau ou centre musculaire, situé sur la ligne médiane, à huit ou neuf lignes de l'anus, vis-à-vis du point où le canal de l'urètre doit être ouvert, et formé par une masse épaisse, consistante et dure, plus que ne l'est ordinairement le tissu musculaire, et où des tissus fibreux se trouvent entremêlés à des tissus musculeux; ce renflement est d'autant plus important à connaître, qu'il cache et qu'il protège la partie membraneuse de l'urètre, qu'on ne peut atteindre qu'après avoir profondément et largement incisé cette masse en travers ou bien obliquement.

11° Sur le plan des muscles du périnée, dans leurs intervalles ou bien dans leur épaisseur, on rencontre les premiers

vaisseaux un peu importants de la région que nous décrivons. Là se trouvent en effet, de chaque côté, les artères superficielles, lesquelles, après avoir tiré leur origine des honteuses internes au niveau des tubérosités de l'ischion, et par conséquent dans la partie la plus large du détroit inférieur, se portent en avant, en haut et en dedans, en côtoyant la branche ascendante de l'ischion, et se rapprochent graduellement de la ligne médiane pour se perdre enfin dans le dartos et la partie inférieure du corps de la verge. Sous-cutanées dans la plus grande partie de leur trajet, ces artères sont profondes à leur naissance de la honteuse; elles fournissent un grand nombre de rameaux destinés au tissu cellulaire, aux téguments, aux muscles, et dont aucun n'a d'importance.

12° Plus profondément, après avoir enlevé l'aponévrose de Carcassonne et le muscle bulbo-caverneux, on rencontre les artères transverses du périnée. Situées sur les côtés et au-dessus du plan du bulbe de l'urètre, ces branches naissent de la honteuse interne, chacune par un tronc isolé, ou qui leur est commun avec l'artère superficielle. Cette origine, assez variable, a lieu, en général, un peu plus en arrière que l'union de la branche ascendante de l'ischion avec la branche descendante du pubis ; à partir de ce point, elles se portent en avant, en haut et en dedans, côtoyant d'abord un peu la branche du pubis, qu'elles abandonnent bientôt pour pour s'incliner l'une vers l'autre et se rapprocher du bulbe de l'urètre. Dans ce court trajet, elles fournissent des rameaux nombreux, mais peu considérables, sur la disposition desquels il serait inutile d'insister. Il nous suffira de constater ce fait, que, d'après nos dissections, les artères transverses se trouvent constamment placées à 12 ou 15 lignes de l'anus, et que, par conséquent, elle ne sauraient être atteintes dans une opération bornée à l'espace indiqué précédemment. Elles se jettent sur les côtés du bulbe, ou dans sa partie supérieure, à 8 ou 10 lignes de son extrémité postérieure, et s'anastomosent dans sa substance ; ou, sans s'y anastomoser, elles se divisent en rameaux postérieurs,

qui se jettent en arrière dans le renflement bulbaire, et en rameaux antérieurs plus volumineux, qui parcourent toute la longueur de la portion spongieuse de l'urètre, et s'y subdivisent à la manière des artères des corps caverneux.

13° Plus en dehors, on remarque les artères honteuses internes, lesquelles, nées de la terminaison de l'hypogastrique, sortent du petit bassin par la grande ouverture sciatique. Engagées presque immédiatement après entre les deux ligaments sacro-sciatiques, elles s'accolent ensuite contre le côté interne de la tubérosité de l'ischion, et suivent la direction de la branche ascendante de cet os. Jusque là, renfermées dans le bassin, ou placées très en arrière, elles n'ont que peu de rapport avec les parties que nous examinons; mais, à partir de ce point, leur tronc et leurs branches deviennent également importants. Parmi ces branches, les artères superficielles et transverses du périnée, indiquées plus haut, sont déjà connues. Quant au tronc lui-même des artères honteuses, il se porte d'arrière en avant, et un peu de bas en haut, et suivant la branche descendante du pubis correspondant, au côté interne de laquelle il se trouve étroitement appliqué, jusqu'à ce que, arrivé au bas de la symphyse du pubis, il se rapproche de celui du côté opposé, et se termine en se divisant pour fournir les artères du corps caverneux et du dos du pénis.

Ainsi placés aux extrémités de l'espace que nous avons circonscrit, les troncs des artères honteuses internes laissent entre eux un intervalle égal à la distance qui sépare les ischions, leurs branches et celles des pubis; intervalle qui n'est pas de moins de deux pouces en arrière. Il se rétrécit, il est vrai, en avant, de même que l'arcade pubienne, dont les artères honteuses suivent le contour; mais, comme l'espace dans lequel nous circonscrivons notre opération correspond à la partie la plus large de l'écartement inter-ischiatique, les artères honteuses ne sauraient être lésées pendant qu'on l'exécute, à moins d'une erreur grave dans les dimensions et dans la direction à donner aux incisions des parties, ou de variétés très grandes dans l'origine, le trajet et la dis-

tribution des vaisseaux. Ces variétés sont, au reste, assez communes, et comme aucun indice ne saurait les faire distinguer à l'avance, elles peuvent devenir la cause que l'opération la plus régulièrement pratiquée est suivie d'hémorrhagie qu'aucun art ne saurait prévenir ou éviter.

14° Quelques rameaux des artères hémorroïdales, tant internes que moyennes et externes, dont les troncs se dirigent vers l'anus et le rectum, en formant un plexus parfois très développé, existent sur les côtés et à la base du triangle que nous examinons. Mais ces troncs, plongés dans le tissu adipeux très abondant qui garnit les côtés du bassin, doivent être à l'abri de l'atteinte d'un instrument dont l'action, commençant sur la ligne médiane, ne s'étendra jamais, entre les mains d'un chirurgie prudent, à plus d'un pouce de chaque côté de cette ligne, et ne dépassera point le niveau de l'ouverture anale.

15° La peau, le tissu cellulaire, les membranes, les vaisseaux, les muscles, et surtout le muscle bulbo-caverneux, étant enlevés, on découvre, sur la ligne médiane, l'extrémité postérieure du bulbe de l'urètre, formé par un tissu érectile, enveloppé d'une membrane fibreuse assez mince. Cette partie fait, au centre de l'espace que nous décrivons, une saillie variable, mais en général très faible, et qui ne dépasse jamais quelques lignes d'étendue. Sa lésion ne saurait sûrement être évitée durant l'opération, à moins de rapprocher de beaucoup l'incision de l'anus ; ce qui exposerait au danger de tomber sur la dilatation du rectum qui existe au-dessus des sphincters. D'ailleurs, la lésion du bulbe n'a presque aucune importance sur ce point, puisqu'il n'y est pourvu que d'assez petits vaisseaux, émanés des artères transverses du périnée. Ces artères elles-mêmes, ou leurs principales ramifications, étant antérieures, ne sauraient être atteintes que si l'incision était prolongée d'une manière démesurée du côté des bourses, ou commencée à une distance énorme de l'anus.

16° Au-delà du bulbe, on rencontre une masse de tissu cellulaire graisseux qui remplit l'espace compris entre le

rectum, le bulbe et la portion membraneuse de l'urètre. Ce tissu contient en plus ou moins grand nombre des rameaux des artères hémorroïdales inférieures, nés de la honteuse interne, et qui sont en général fort peu considérables.

17° Au-dessus du bulbe et sur la ligne médiane, se trouve la partie dite membraneuse de l'urètre. Formant le côté antérieur du triangle renfermé entre la racine de la verge et le rectum, cette fraction du canal excréteur de l'urine est embrassée et comme coiffée, à l'une de ses extrémités, par le bulbe, et reçue à l'autre extrémité dans la pointe de la prostate. Sa longueur entre ces deux points varie de quatre et cinq, jusqu'à sept, huit et même neuf lignes. Son diamètre n'excède guère une ligne et demie ou deux lignes, lorsque l'urètre est vide; ses parois ont à peine une demi-ligne d'épaisseur.

Recouverte et protégée supérieurement par la symphyse du pubis et par la jonction des corps caverneux, la portion membraneuse de l'urètre repose inférieurement sur le rectum, dont elle n'est séparée que par une couche assez mince de tissu cellulaire. Une expansion des muscles transverses la recouvre, et on distingue dans sa structure deux membranes, dont l'une interne est de nature muqueuse, et l'autre externe, de nature cellulo-fibreuse et élastique. Ces tissus ne donnent pas une demi-ligne d'épaisseur aux parois de l'urètre, qui sont cependant contractiles et résistantes, quoique exposées à être souvent détruites par les maladies de ce canal, ou forcées et déchirées durant les tentatives du cathétérisme.

C'est par cette portion étroite et courte mais dilatable de l'urètre, qu'il faut, dans presque toutes les méthodes de tailler par-dessous le pubis, pénétrer dans le col et dans le corps de la vessie, en évitant d'un côté le bulbe et de l'autre le rectum. L'art possède heureusement le moyen assuré de rendre l'urètre solide, facile à reconnaître au milieu des parties voisines, et pour ainsi dire sensible au toucher. Il suffit pour cela de placer dans sa cavité un cathéter, qui offre un guide d'autant plus efficace, que la dilatabilité des parois urétrales

permet de lui donner un volume plus considérable. Nous avons mis cette extensibilité à profit, pour doubler presque la dimension des cathéters dont nous faisons usage, et nous avons calculé qu'elle permet de porter instantanément le calibre de l'urètre d'une ligne à trois ou quatre lignes de diamètre. A l'aide de quelques efforts, et par l'introduction successive de corps étrangers de volume croissant, on peut aller jusqu'à cinq lignes ; mais au-delà de ce terme les parois du canal, trop distendues, se déchirent et laissent l'urine s'infiltrer.

18° La prostate, placée au sommet de l'espace que nous venons de parcourir, a des formes et des dimensions qu'il convient de rappeler et de fixer. Elle est aplatie d'avant en arrière et de figure triangulaire ; sa base, dirigée en haut et en arrière, est un peu échancrée vers son milieu, et reçoit et embrasse le col de la vessie. Son sommet, dirigé en bas, est en rapport avec la portion membraneuse de l'urètre. Ses côtés répondent à du tissu cellulaire ainsi qu'à des vaisseaux artériels et veineux de médiocre calibre. Sa face antérieure est en rapport avec du tissu cellulaire et avec les vaisseaux honteux, rapprochés sous la symphyse ; sa face postérieure est appuyée sur le rectum, auquel elle est intimement unie. Sa largeur, mesurée à sa base, d'un côté à l'autre, est, chez l'adulte, de vingt à vingt-quatre lignes, et décroît graduellement à mesure qu'on se rapproche du sommet. Son épaisseur, un peu plus grande sur les côtés que sur la ligne médiane, est de dix à douze lignes. La portion de l'urètre qu'elle reçoit dans sa concavité présente à sa paroi inférieure la crête urétrale et les orifices des conduits éjaculateurs et prostatiques. Il n'existe rien sur ses parois latérales ou supérieures.

Les parties de la prostate que l'urètre laisse sur ses côtés, séparées en haut par une gouttière assez profonde, forment en quelque sorte deux lobes symétriques et larges chacun de dix à douze lignes. Celle qu'il laisse en avant n'a que trois ou quatre lignes au plus, ou même est parfois remplacée par une lame de tissu fibro-celluleux, tandis que celle qui est dirigée en arrière a de sept à huit lignes. Une incision diri-

gée de l'urètre sur la partie antérieure de la prostate, tomberait presque immédiatement sur le plexus veineux, les extrémités des artères honteuses, et le tissu cellulaire situés derrière le pubis. Une incision dirigée sur la partie postérieure de la prostate, arriverait directement, quoique un peu plus tard, dans le rectum, après avoir divisé l'un ou l'autre des conduits éjaculateurs. Enfin, une incision portée sur les lobes droit ou gauche et en travers, ne pourrait manquer de pénétrer, après un trajet de dix à douze lignes, dans le tissu cellulaire du bassin. D'où il résulte qu'il n'existe pas de sens dans lequel on puisse donner aux incisions de la prostate une plus grande étendue, sans dépasser les limites de cet organe, que dans celui qui consiste à les diriger en travers et sur les deux côtés à la fois, puisqu'elles peuvent atteindre alors à vingt ou à vingt-quatre lignes d'ouverture et rester cependant en-deçà des parties qu'il importe d'éviter. Enfin, il n'échappera sans doute à personne que, dans ces doubles incisions, la luette urétrale, les conduits prostatiques, et surtout les canaux éjaculateurs, placés sur la paroi inférieure de l'urètre, ne sauraient être atteints par un instrument porté dans ce canal, et qui agirait horizontalement, ou même obliquement en arrière, sur les côtés et sur les parties latérales de la prostate.

19° Le col de la vessie est l'ouverture par laquelle on pénètre jusqu'au siége des calculs urinaires, dans presque toutes les manières de pratiquer l'opération de la taille par-dessous le pubis. En admettant que l'incision de ce col présente quelques inconvénients chez la femme, elle ne saurait en avoir chez l'homme, où il est enveloppé par la prostate, par du tissu cellulaire fibreux, par des muscles, et pourvu de tous les moyens de revenir sur lui-même, de se cicatriser solidement et de reprendre ses fonctions, surtout celles qui consistent à retenir l'urine.

20° En haut, du côté du bassin et du péritoine, le périnée est fortifié par des plans fibreux et musculaires, analogues à ceux que nous avons vus exister à la face externe de cette région et au-dessous des téguments. On trouve en effet, au-

delà de toutes les parties indiquées jusqu'ici, un plancher solide, élastique, contractile, formé par l'aponévrose supérieure du périnée et par le muscle releveur de l'anus. Les deux lames de l'aponévrose supérieure, nées du pourtour du bassin, se portent, conjointement avec le releveur de l'anus, qu'elles doublent, de haut en bas, et de dehors en dedans, vers la ligne médiane. Là, elles embrassent le rectum, le col de la vessie et la prostate, et séparent les portions pelviennes ou supérieures, des portions périnéales ou inférieures de ces différents organes. En avant, ces lames aponévrotiques s'affaiblissent et se confondent pour former le ligament antérieur de la vessie ; en arrière, elles conservent plus de résistance et sont intimement unies au rectum et au coccyx.

Les intervalles celluleux du périnée sont, d'après la disposition anatomique de cette région, divisés en trois couches ou plans distincts, dans lesquels l'inflammation peut produire des désordres plus ou moins graves. Le premier plan, sous-péritonéal, est limité en bas par l'aponévrose supérieure ; il peut s'enflammer et même suppurer sans que le péritoine participe à l'irritation, et les foyers qui s'y développent se propagent souvent au loin dans le bassin, avant de se faire jour au-dehors. Il arrive assez fréquemment aussi que le péritoine s'enflamme en même temps que lui, de manière à constituer une affection des plus dangereuses. Le second plan, situé entre les deux feuillets de l'aponévrose supérieure et l'aponévrose moyenne, forme aussi un réceptacle étendu aux produits de l'inflammation, qui tantôt glissent sur les côtés du rectum vers la marge de l'anus, et tantôt, trouvant dans l'aponévrose inférieure une résistance trop considérable, se propagent jusque dans le tissu cellulaire du scrotum ou même dans la région inguinale, en formant d'énormes clapiers. Le troisième plan enfin, est le plan surperficiel et appuie contre les téguments. Lorsqu'il s'enflamme et suppure, la maladie est de prime abord à la portée du chirurgien, qui peut ainsi la reconnaître à son origine, et possède des moyens efficaces de combattre les accidents qu'elle entraîne.

Il résulte manifestement de ces notions anatomiques, que l'on peut, en commençant sur la peau, à huit ou dix lignes de l'anus et en travers du raphé, par une incision courbe, à concavité postérieure, et en divisant successivement, suivant la même direction, la partie antérieure du muscle sphincter externe, quelques fibres du bulbo-caverneux, du transverse et du releveur de l'anus, plusieurs plans celluleux et aponévrotiques, tant superficiels que profonds, l'urètre dans sa partie membraneuse, le col de la vessie et la prostate sur ses deux côtés à la fois; il résulte, disons-nous, de ce qui précède, que l'on peut facilement, en suivant cette voie courte et directe, pénétrer dans la vessie sans intéresser le rectum qui est en arrière, le bulbe de l'urètre et les artères transverses du périnée qui restent en avant, les artères superficielles et honteuses internes qui sont sur les côtés, de manière à ouvrir aux instruments un libre passage pour aller saisir et pour retirer toute espèce de calcul urinaire.

SECT. IV. — DESCRIPTION DE L'OPÉRATION.

Inciser les téguments et les couches musculaires et aponévrotiques superficielles jusqu'à l'urètre; ouvrir ce canal dans une étendue suffisante; diviser latéralement, des deux côtés, le col de la vessie et la prostate, tels sont les trois temps principaux de l'opération nouvelle, qu'il s'agissait de rendre aussi facile, aussi sûre et aussi régulière que le comporte l'état actuel de perfection de la chirurgie. Pour atteindre ce but, il fallait revoir l'appareil instrumental généralement employé et y apporter quelques modifications assez importantes.

Le cathéter, destiné à rendre le canal de l'urètre solide, apparent, saillant en quelque sorte et facile à ouvrir, devait fixer d'abord notre attention. Les cathéters ordinaires, trop fortement recourbés et ayant au-delà de leur courbure un prolongement trop considérable, n'étaient pas exactement en rapport avec la direction du conduit qu'ils devaient par-

courir et ensuite occuper. Leur volume médiocre et leur cannelure peu profonde ne permettaient pas de les distinguer aisément à travers l'épaisseur des parois de l'urètre et des parties molles épargnées en dehors de ce canal. Ces imperfections étaient telles, que plus d'une fois des chirurgiens habiles furent arrêtés lorsqu'il s'agissait de découvrir l'urètre et de l'inciser, ou que le bistouri glissa sur les côtés de la gouttière conductrice, ou la quitta après y être entré, et s'égara dans les tissus environnants.

Le cathéter que nous avons fait construire est en tôle d'acier épaisse; il présente une courbure un peu plus prononcée que celle des algalies ordinaires ; il est monté sur un manche en ébène aplati, à surface cannelée, qui n'est pas susceptible de glisser entre les doigts de l'aide chargé de le maintenir. Évidé en avant et en arrière, il présente à sa partie moyenne, vers le milieu de sa courbure, et dans une étendue d'environ deux pouces, un renflement qui lui permet de remplir exactement l'urètre. Sa cannelure est large, profonde, à bords arrondis, écartés, et pour ainsi dire renversés, de manière à être facilement sentie à travers une épaisseur même considérable de parties molles. Le bec de cet instrument présente un extrémité arrondie, de forme olivaire, qui lui permet de glisser doucement dans l'urètre, d'écarter les parois de ce canal en les déplissant et en ouvrant la voie à la partie évasée qui lui succède. Enfin, nous avons prolongé en mourant la cannelure de ce cathéter, afin de lui ôter l'arrêt qui la termine ordinairement et qui retient parfois le lithotome, de manière à le rendre difficile à dégager.

On peut, sans doute, avec un bistouri convexe, à lame solide et bien évidée, pratiquer convenablement l'incision de toutes les parties extérieures et de l'urètre; cependant, il nous a semblé plus commode d'employer à cet usage un bistouri à lame fixe sur le manche, à extrémité arrondie près de la pointe, et tranchant sur les deux bords. Cet instrument divise plus nettement les tissus, est plus ferme dans la main du chirurgien, et permet, lorsque sa pointe est parvenue dans la rainure du cathéter, d'inciser l'urètre d'arrière en avant,

comme d'avant en arrière, sans qu'il soit besoin de l'en sortir pour retourner la lame.

Le lithotome caché de frère Cosme, ou le bistouri boutonné, suffirait à la rigueur pour inciser les côtés du col de la vessie et la prostate; mais il faudrait introduire à deux reprises l'instrument, le faire agir en deux fois, ce qui allongerait la durée de l'opération, et surtout ne permettrait pas de donner constamment à l'ouverture totale une symétrie parfaite et une étendue égale des deux côtés. Un double lithotome devait remédier à ces graves inconvénients; car ses deux lames, écartées de leur tige commune et déployées dans la vessie, ne pouvaient manquer, en sortant, de faire au col de cet organe et à la prostate une double incision dont il était facile de préciser rigoureusement les limites.

Deux lames, deux bascules et un manche commun composent les parties principales du double lithotome que nous avons appliqué à la taille bilatérale. La tige moyenne destinée à recevoir, à cacher, à protéger les lames, lorsque l'instrument est fermé, présente sur ses faces une courbure légère propre à embrasser dans sa concavité la partie postérieure de la prostate et le rectum, tandis que les lames elles-mêmes, également courbées, sortent des rainures latérales de cette tige, afin d'inciser les deux côtés du col de la vessie. Les facettes de hauteur différente, taillées sur le manche du lithotome caché de frère Cosme, ne pouvaient être appliquées à notre instrument, puisque deux bascules devaient y trouver à la fois un point d'appui semblable. Il a donc fallu rendre ce manche conoïde, arrondi, et, au moyen d'une vis centrale, susceptible, en s'avançant ou en reculant, de présenter aux bascules des portions plus ou moins évasées de sa circonférence. Des chiffres servent à mesurer les degrés divers de rapprochement ou d'éloignement du manche, et indiquent avec précision les nombres correspondants de lignes d'écartement que reçoivent les extrémités libres des lames lorsque les bascules appuient sur lui.

Construit d'après ces principes, le lithotome double réunissait la simplicité du mécanisme à la facilité dans la manière

d'agir. Mais il laissait quelque chose à désirer relativement à la direction des incisions faites. Celles-ci étaient, en effet, exactement transversales, et, malgré la courbure des lames, marchaient directement vers les branches descendantes du pubis. Or, il pouvait arriver que cette portion du bassin fût plus étroite qu'on ne l'avait jugé d'abord ; il était possible, en outre, que les lames, écartées de chaque côté d'une ligne ou deux de plus, se rapprochassent trop, en divergeant, des rebords des os, et par conséquent des artères honteuses internes. Dans le premier cas, l'incision ne correspondant pas exactement au plus grand écartement du détroit périnéal, le passage ouvert au calcul eût été trop resserré ; dans le second, une hémorrhagie grave pouvait se manifester ; et, bien que ces accidents n'eussent pas encore été observés, il convenait de prévenir toute possibilité de leur manifestation et de rassurer à leur égard les esprits les plus circonspects.

Pour atteindre ce but, il fallait qu'en se séparant de la tige centrale, les lames du lithotome s'abaissassent graduellement, de manière à diviser les tissus profonds, dans une double direction en dehors et en arrière, ainsi qu'on le fait d'un seul côté dans la taille latéralisée. C'est ce qu'un mécanisme fort simple, imaginé par M. Charrière, un de nos plus habiles fabricants d'instruments de chirurgie, a permis d'obtenir. En s'écartant, les lames de son lithotome suivent l'inclinaison parabolique d'une tige d'acier placée près de leur articulation, et décrivent une courbe régulière de six lignes de rayon, parfaitement suffisante pour la latéralisation de la double plaie. M. Lasserre, jeune chirurgien, doué d'un esprit ingénieux, s'est attaché à vaincre la même difficulté, en disposant les lames du lithotome de telle sorte qu'après s'être écartées de quelques lignes horizontalement, elles s'abaissent et achèvent leur ouverture en s'inclinant en bas et en dehors.

Ce lithotome agit en deux temps distincts, et exigerait une grande précision pour n'être retiré qu'à mesure que l'on appuierait sur les bascules ; tandis que celui de M. Charrière, comme l'instrument de frère Cosme, peut et doit être ouvert d'abord dans la vessie, retiré graduellement avec l'inclinaison

des lames et leur degré d'écartement fixés d'abord. C'est celui que nous avons définitivement adopté, et qui nous semble réunir les conditions les plus désirables. Ajoutons qu'au lieu d'un manche mobile, susceptible de vaciller dans la main, et de nuire à la sûreté de son action, M. Charrière a laissé à celui de son instrument toute sa fixité; mais que deux curseurs, fixés sur la bascule, et faciles à placer au même point, avec l'indication des lignes d'écartement qu'ils permettent, limitent par avance d'une manière parfaitement invariable la dimension des incisions que l'on se propose de faire.

Procédé opératoire. Le malade doit être placé et maintenu comme s'il s'agissait de pratiquer la taille latéralisée ordinaire. Nous avions autrefois pensé que le chirurgien pourrait de la main gauche introduire le cathéter dans la vessie, tandis que de la droite il pratiquerait les incisions périnéales; mais cette manière d'agir, applicable peut-être à la taille de frère Jacques et de frère Cosme, ne pouvait être ici recommandée, à raison de la nécessité de tendre très exactement les parties molles, et de guider l'instrument tranchant avec l'indicateur gauche jusque dans la rainure du cathéter.

Cet instrument ayant servi de nouveau à reconnaître et l'existence et le volume approximatif de la pierre, le chirurgien doit lui donner une direction verticale, sa tige faisant avec l'axe du corps un angle droit, et sa courbure devant être plutôt élevée sous la concavité de la symphyse qu'appuyée en bas et en arrière du côté du rectum. Un aide habile et sûr doit le maintenir avec exactitude dans cette position. Armé du couteau à double tranchant, le chirurgien fait au périnée une incision courbe, transversale, embrassant l'anus de sa concavité, et coupant le raphé à six lignes environ au-devant cette ouverture. La peau, le tissu cellulaire élastique sous-cutané, l'aponévrose périnéale, superficielle, la pointe antérieure du sphincter externe et la partie postérieure du bulbe de l'urètre doivent être successivement divisés, dans la même étendue, jusqu'à ce qu'on sente distinctement le cathéter et sa rainure.

Il importe, durant cette partie de l'opération, de ne point perdre de vue la direction de l'urètre et ses rapports avec l'intestin. L'instrument doit être éloigné avec soin du renflement et de la courbure antérieure de celui-ci, et marcher suivant le trajet d'une ligne qui s'étendrait de l'anus à la face antérieure de la vessie et à l'hypogastre. Plus d'une fois, sur le cadavre, le bistouri, porté trop en arrière, est tombé sur la partie postérieure du triangle urétro-anal, et a pénétré dans le rectum au lieu d'arriver dans le conduit excréteur de l'urine.

La paroi inférieure de l'urètre doit être incisée avec la pointe du bistouri à lame fixe, laquelle étant tranchante sur ses deux bords, peut aisément, par un léger mouvement de va-et-vient, découvrir la rainure du cathéter dans l'étendue de trois ou quatre lignes. Une remarque également importante se présente au sujet de cette incision : c'est que l'extrémité du bistouri doit rester cachée dans la gouttière de l'instrument-conducteur, afin d'éviter jusqu'à la possibilité de sa déviation en arrière, et de la dénudation ou de l'incision du rectum, qui, au sommet du triangle, touche presque à la prostate et à l'urètre.

L'ongle du doigt indicateur de la main gauche resté dans la plaie, doit être introduit dans la cannelure du cathéter, et servir de guide au lithotome, dont l'extrémité mousse pénètre sans effort par l'incision faite. Il convient de diriger alors la convexité de la courbure de sa tige en bas, du côté du rectum, afin que sa concavité se couchant sur le cathéter et s'accommodant à la direction des parties, on puisse le faire plus aisément glisser jusqu'à la vessie. Le contact immédiat bien connu des deux corps métalliques, annonce que le lithotome est bien placé ; et le chirurgien, saisissant alors le cathéter de la main gauche, afin de le soulever vers la symphyse du pubis, et d'enfoncer davantage son bec dans le réservoir de l'urine, le lithotome y est poussé en même temps.

Le cathéter doit être retiré aussitôt que la sortie de l'urine entre les deux instruments et le contact de la pierre annoncent que ce second temps de l'opération est achevé. Le litho-

tome est ensuite retourné, de manière à présenter en bas sa concavité; et après s'en être servi comme d'une sonde exploratrice, afin de mesurer encore le volume, et de reconnaître le gisement du calcul, le chirurgien l'ouvre et le retire avec lenteur, en abaissant graduellement son manche vers l'anus jusqu'à ce que ses lames soient entièrement dégagées. On contourne plus exactement de cette manière la saillie du recum, et l'on évite que les extrémités des bords tranchants, malgré leur éloignement en dehors, ne viennent trop s'approcher de ses parois.

Il convient, après la sortie du lithotome, de porter dans la vessie le doigt indicateur de la main gauche, afin de mesurer l'étendue des incisions faites, des'assurer de l'état des parties, et de servir, à son tour, de guide aux tenettes. Cet organe doit appuyer contre la paroi postérieure de la plaie, et rendre ainsi impossible la déviation, quelquefois observée, des tenettes entre le rectum et le réservoir de l'urine.

Il serait difficile d'exprimer combien les manœuvres relatives à la recherche, à la préhension et à la sortie de la pierre deviennent simples et faciles après ce mode d'opération. Si la production étrangère est très friable, une voie large et courte permet de laver la vessie à grande eau par le moyen des injections, et d'entraîner au-dehors jusqu'aux débris les plus petits qu'elle pourrait conserver. Il en est de même dans les cas assez nombreux où plusieurs calculs existant ensemble, les tenettes doivent être réintroduites et les mouvements d'extraction renouvelés un plus ou moins grand nombre de fois.

Les détails dans lesquels nous sommes entré suffisent pour faire pressentir la supériorité de la nouvelle manière d'opérer sur celle qui a réuni jusqu'à ce jour la majorité des suffrages.

SECT. V. — APPRÉCIATION DE LA MÉTHODE, SOUS LES POINTS DE VUE HISTORIQUE ET PRATIQUE.

Dans les sciences qui, comme la médecine, ont été depuis un grand nombre de siècles l'objet de travaux sans nombre, tant dans leurs parties que dans leur ensemble, il arrive souvent qu'on travaille sur les idées d'autrui, alors que l'on croit travailler sur ses propres idées. C'est ce qui m'est arrivé pour la méthode opératoire qui fait le sujet de ce Mémoire, et je n'aurai ni la faiblesse ni l'indignité de le dissimuler. Et d'abord il est évident que cette méthode n'est autre que l'opération décrite par Celse, *Methodus Celsiana;* non la taille de Celse, telle qu'on la voit dénaturée et défigurée dans Paul d'Egine et dans Heister, qui la réduisent à une incision oblique faite sur le côté gauche du périnée, mais telle qu'on la trouve expliquée par Guy de Chauliac et décrite par M. Deschamps; telle, en un mot, qu'elle existe dans le texte de l'auteur latin, convenablement interprété; on en trouve, en effet, l'idée tout entière dans le peu de mots qui suivent : *Cum jam eò venit* (calculus), *ut super vesicœ cervicem sit, juxtà anum incidi cutis plagâ lunatâ usque ad cervicem vesicœ debet, cornibus ad coxas spectantibus paululùm ;* ce qui, en donnant au mot *coxas* le sens qu'il a toujours eu, signifie clairement : « qu'il faut faire au-devant de l'anus, *juxtà anum,* une incision en forme de croissant, *plagâ lunatâ,* qui s'étende jusqu'au col de la vessie, *usque ad cervicem vesicœ,* et dont les extrémités soient un peu dirigées vers les ischions, *cornibus ad coxas spectantibus paululùm.* »

Il est vrai que Celse ajoute immédiatement après : *deindè eâ parte quâ strictior ima plaga est, etiamnum sub cute altera plaga facienda est quâ cervix aperiatur, donec urinœ pateat iter, sic ut plaga paulò major quàm calculus sit.* Mais le précepte contenu dans ces derniers mots n'est-il pas devenu une véritable superfétation, depuis que les moyens moderne ont pu être appliqués à la pratique de l'opération de Celse?

Ce serait s'abuser étrangement que d'imaginer que cette opération dût être pratiquée aujourd'hui exactement suivant le procédé décrit par l'auteur latin. En effet, le procédé, c'est-à-dire le manuel opératoire, est vicieux; mais la méthode est excellente. Il la faut conserver, mais il faut la rendre plus simple, plus facile, plus prompte et surtout plus sûre; il faut la rendre applicable à tous les sexes, à tous les âges, à tous les calculs, quel que soit leur volume; en un mot, il faut conserver la méthode de Celse, éclairée par le flambeau de l'anatomie et pratiquée avec les instruments modernes.

Ces moyens se présentaient comme d'eux-mêmes : le cathéter, bien que repoussé par Heister sous le vain prétexte d'être plus fidèle au texte de Celse, dont il s'écartait d'ailleurs quant au lieu et à la forme de l'incision, le cathéter cannelé donnait le moyen de reconnaître le calcul bien plus sûrement que le doigt passé dans l'anus et dirigé vers le bas-fond du réservoir de l'urine. Surtout le cathéter devait donner les moyens d'arriver bien plus sûrement au col de la vessie, et de l'inciser d'une manière bien autrement régulière que sur la saillie d'un calcul de volume et de forme variables à l'infini.

Toutes les idées de lieu, de forme, de direction, et, qui plus est, tous les moyens de pratiquer cette opération se trouvaient depuis long-temps réunis, combinés et comme disposés à l'avance pour celui qui voudrait entreprendre la taille de Celse. Des hommes auxquels toutes les parties de l'art sont presque également familières et qui ont répandu sur presque toutes de vives lumières ou du moins des idées originales, MM. Ribes et Chaussier ont exposé ces moyens dans une thèse, ayant pour titre : *Propositions sur divers points de Médecine,* et soutenues par M. Ribes, sous la présidence de Chaussier, à la Faculté de Médecine de Paris en l'an XIII (1805). Ces mêmes idées se trouvent reproduites exactement dans une thèse soutenue, huit ans plus tard, c'est-à-dire en 1813, sous la présidence du même professeur par un de ses élèves, et encore sous le titre de *Propositions sur quel-*

ques points de Médecine. Cette fois, il est vrai, il n'est fait aucune mention, ni de Chaussier, ni de M. Ribes, son noble collaborateur et notre honorable collègue, ce qui prouve, sans contredit, que Béclard ne connaissait ni leur travail, ni la thèse de M. Morland.

J'ai fait connaître avec franchise et sans réserve les travaux parvenus à ma connaissance sur l'opération que j'ai décrite; je laisserai à la critique le soin de faire la part que chacun peut réclamer dans la réhabilitation de la taille de Celse.

Une question plus importante pour l'humanité reste à examiner, et je me hâte de l'aborder; c'est de déterminer si cette méthode mérite ou non la préférence sur les méthodes usitées de nos jours pour extraire la pierre de la vessie. Deux moyens peuvent être employés pour résoudre cette question, savoir : le raisonnement et l'expérience.

A ne consulter que le raisonnement, cette méthode semble devoir l'emporter sous beaucoup de rapports sur les méthodes aujourd'hui mises en usage.

1° Elle est plus facile, plus prompte, et aussi sûre que la plupart des autres méthodes.

2° L'incision est faite sur la partie la plus large du détroit inférieur du bassin, condition tellement importante dans toutes les opérations de taille, qu'on peut juger d'avance du mérite de ces méthodes par la distance à laquelle elles sont pratiquées de ce point. Elles sont d'autant meilleures qu'elles en sont plus rapprochées, et d'autant plus mauvaises qu'elles s'en éloignent davantage, et par exemple qu'elles sont pratiquées plus près de la symphyse des pubis.

3° Elle ouvre un chemin plus direct qu'aucune des autres méthodes, de la surface du périnée à la cavité de la vessie, et elle rend plus facile l'introduction et la manœuvre des instruments, l'extraction de la pierre et l'écoulement des urines.

4° Elle donne plus que les autres les moyens de faire une ouverture proportionnée au volume des pierres, d'extraire celles-ci sans efforts, sans tractions, sans distension, sans déchirures et sans arrachement, et par conséquent de dimi-

nuer les chances d'inflammation du col et du corps de la vessie, du péritoine, des reins, du tissu cellulaire, etc.

5° Cependant quelque étendue qu'on ait besoin de donner à l'incision de la prostate, ce corps n'est jamais exposé à être divisé jusqu'à ses bords.

6° Elle ménage sûrement les conduits éjaculateurs.

7° Tout en permettant de pratiquer de très grandes ouvertures, elle donne les moyens d'éviter les gros vaisseaux et de prévenir les hémorrhagies si fréquentes à la suite de la taille latéralisée.

8° Enfin, elle peut être appliquée aux deux sexes, à tous les âges et à tous les volumes de calculs.

Mais quelque grands que puissent être les avantages de cette méthode, nous n'allons cependant pas jusqu'à espérer qu'elle mettra toujours à l'abri de l'hémorrhagie et des inflammations dont l'opération de la pierre est si souvent accompagnée, et qui font sa gravité. La division du tissu le moins pourvu de vaisseaux, l'arrachement d'une dent, la piqûre d'une sangsue, la section du frein de la langue, celle du prépuce, peuvent, suivant les dispositions des sujets, et une multitude de circonstances variées, donner lieu à des hémorrhagies plus ou moins graves; la plus légère piqûre, celle de la plus petite épine peut donner lieu à des inflammations dangereuses et quelquefois mortelles. Aucun art, aucune puissance ne sauraient mettre à l'abri de pareils événements, mais ces événements sont fortuits, ils sortent des règles ordinaires et constituent de véritables exceptions.

La taille bilatérale renferme en elle bien d'autres conditions d'hémorrhagie et d'inflammation que les causes qui viennent d'être relatées. Il pourra donc se faire qu'elle donne lieu, tantôt à l'un, tantôt à l'autre de ces accidents ; mais il n'en faudrait rien conclure à son désavantage ; car l'expérience nous a déjà prouvé qu'elle y expose beaucoup moins que les autres méthodes d'extraire le calcul de la vessie ; et, n'augmentât-elle que d'une seule sur cent les chances favorables au succès de l'opération, elle mériterait la préférence, et notre but serait rempli.

Mais, ainsi que l'a dit le père de la médecine : le jugement peut égarer. Ce n'est donc pas à lui seul qu'il appartient de résoudre la question proposée ; il doit appeler l'expérience à son aide, non pas toutefois cette expérience mesquine et trompeuse qui se fonde sur des faits rares, isolés, souvent tronqués et choisis parmi les faits heureux que la pratique a présentés à l'exclusion de ce qu'elle a fourni de moins heureux ; mais l'expérience plus large, plus concluante, par conséquent plus profitable à l'humanité qui s'appuie sur de grandes masses de faits recueillis avec soin et rapportés avec fidélité.

SECT. VI. — RÉSULTATS STATISTIQUES ET OBSERVATIONS.

De même qu'en commençant ce Mémoire, nous avons cherché à représenter par des chiffres, la proportion des succès aux revers fournie par l'opération de la taille considérée d'une manière générale, de même, pour apprécier la valeur de la méthode transversale, nous allons donner le résultat d'un certain nombre d'opérations pratiquées suivant cette méthode, tant par l'auteur de ce travail que par d'autres praticiens.

Il y aura, toutefois, cette différence entre le tableau que nous allons mettre sous les yeux du lecteur et celui qu'il connaît déjà, que le chiffre étant beaucoup moindre, il sera par cela même beaucoup moins concluant pour ou contre la méthode ; car, s'il est vrai que toute question d'expérience se résout en chiffres, il est également vrai qu'en médecine les éléments de ces questions étant très variables, et par conséquent peu propres à devenir les termes d'une comparaison exacte, ce n'est qu'en opérant sur une somme considérable de faits que l'on peut arriver à un résultat *approximatif* de quelque importance.

C'est donc moins, l'on ne saurait trop le répéter, pour résoudre décidément la question que pour commencer la série de faits qui doivent en fournir un jour la solution,

que nous allons faire connaître le résultat de toutes les opérations de taille transversale arrivées à notre connaissance avec les détails propres à fournir quelques déductions utiles (1).

(1) Dans une note faisant partie d'un autre travail exécuté pour le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, l'auteur de ce mémoire s'exprimait ainsi : « La cystotomie bilatéralisée a été pratiquée soixante-dix fois environ à l'Hôtel-Dieu ou en ville, et sur ce nombre six malades seulement succombèrent. On remarqua surtout à l'Hôtel-Dieu une série de vingt-six opérations pratiquées de suite avec succès. Les morts ont, en général, été dans la proportion de un sur douze environ. » (Art. CYSTOTOMIE, tom. VI, p. 107.)

Nous n'avons pu retrouver les documents particuliers d'après lesquels avait pu être établi un résultat aussi favorable, et nous déplorons d'autant plus cette perte, que les recherches auxquelles nous nous sommes livré depuis conduisent à des résultats bien inférieurs. Nous n'avons pu, toutefois, nous dispenser de consigner ici des faits trop importants pour être passés sous silence, et nous devons nous borner, dans la profonde conviction où nous sommes des avantages de la taille bilatérale, à engager les praticiens à n'accueillir qu'avec réserve les proportions établies par le tableau ci-joint.

Tableau comparatif *des guérisons et des morts à la suite de la taille transversale.*

Pratique de MM.	SEXE.	ÉPOQUES de LA VIE.		Nomb. des opérés.	MORTS	GUÉRIS	RAPPORT approximatif du nombre des morts à celui des opérés.	
DUPUYTREN.	Masculin	ans. De 1	à 10	19	1 (1)	18	1 sur	19
		10	20	5	1	4	1	5
		20	30	3	1 (2)	2	1	3
		30	40	2	1	1	1	2
		40	50	3	0	3	0	3
		50	60	2	1	1	1	2
		60	70	4	4 (3)	0	4	4
	Féminin.	10	20	1	0	1 (4)	0	1
		30	40	1	0	1	0	1
		40	50	2	0	2	0	2
	TOTAL.	1	70	42	0	33	9 s. 42 ou 1 s. 4 2/3	
	Hommes	1	70	38	9	33	1 sur 4 1/4	
	Femmes	10	50	4	0	4	0	4
SANSON aîné.	Hommes	1	10	6	0	6	0	6
		10	20	[illegible]	0	2	0	2
		29	36	2	1 (5)	1	1	2
		55	60	1	1 (6)	0	1	2
		60	71	2	2 (7)	0	2	2
	TOTAL.	1	71	13	4	9	4 s. 13 ou 1 s. 3 1/4	
DEGUISE.	Hommes	6	15	15	0	15	0	15
		30	40	2	0	2	0	2
		40	50	1	1 (8)	0	1	1
	TOTAL.	6	50	18	1	17	1	18
VELPEAU.	——	20	30	1	0	1	0	1
MICHON.	——	10	20	1	0	1	0	1
LENOIR.	——	10	20	1	0	1	0	1

OBSERVATIONS.

(1) Ce sujet, âgé de 6 ans, succomba dix jours après l'opération avec les symptômes d'une gastro-entérite constatée par l'autopsie.

(2) Ce sujet, âgé de 22 ans, mourut avec un vaste abcès dans la fesse.

(3) Parmi ces quatre cas, se trouve celui d'un vieillard de 66 ans sur lequel l'opération n'offrit rien de particulier, qui succomba neuf jours après, épuisé par une hémorrhagie qui se renouvela plusieurs fois, et que ne purent arrêter complétement aucun des moyens hémostatiques connus.

(4) Vessie bilobée.

(5) Chez le sujet de 36 ans mort, on constata à l'autopsie une infiltration purulente du petit bassin, déchirure du lobe droit de la prostate et de la vessie dans l'étendue d'un pouce. Le calcul avait 26 lignes de diamètre, et pesait 4 onces 1/2.

(6) La vessie contenait deux petits calculs muraux, la prostate était remplie de petits graviers développés dans son tissu dégénéré.

(7) De ces deux cas, l'un a été fourni par un homme de 71 ans dont la vessie offrait trois poches, deux d'entre elles contenaient des calculs. On trouva à l'autopsie un rein en suppuration et six calculs dans une des poches latérales dont l'ouverture ne permettait pas pendant la vie l'introduction des instruments. Le second sujet, taillé déjà 18 mois auparavant, succomba à une péritonite sur-aiguë.

(8) Mort à la suite des moyens employés pour arrêter une hémorrhagie par la plaie.

Pratique de MM.	SEXE.	EPOQUES de LA VIE.	Nomb. des opérés.	MORTS	GUÉRIS	RAPPORT approximatif du nombre des morts à celui des opérés.	
LAUGIER.	Masculin	33 mois.	1	1 (1)	0	1 sur	1
		10 ans.	1	0	1	0	1
		25 »	1	0	1	0	1
		54 »	1	1 (2)	0	1	1
		72 »	1	0	1	0	1
	TOTAL.	33 m. à 72 a.	5	2	3	2	5
ROUX.	Masculin	37 ans (3)	1	1	0	1	1
		53 » (4)	1	1	0	1	1
	TOTAL.	37 à 53	2	2	0	2	2
BLANDIN.	Masculin	8 ans.	1	0	1 (5)	0	1
		13 »	1	0	1 (6)	0	1
		18 »	1	0	1	0	1
		23 »	1	0	1	0	1
		33 »	1	0	1	0	1
		67 »	1	1	0 (7)	1	1
	TOTAL.	8 à 67	6	1	5	1	6

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

SEXE.	EPOQUES de LA VIE.	Nomb. des opérés.	MORTS	GUÉRIS	RAPPORT	
	ans.					
Masculin	1 à 10	37	2	35	1	18 1/5
	10 20	17	1	16	1	17
	20 30	7	2	5	2	7
	30 40	7	2	5	1	1 1/2
	40 50	4	1	3	1	4
	50 60	5	4	1	4	5
	60 70	6	6	0	6	6
	70 80	2	1	1	1	2
Féminin.	10 20	1	0	1	0	1
	30 40	1	0	1	0	1
	40 50	2	0	2	0	2
TOTAL.	1 80	89	19	69	19 s. 89 ou 1 s. 4 2/3	
Hommes	1 80	85	19	65	19 85	1 4 1/2
Femmes.	10 50	4	4	4	0 sur	0

OBSERVATIONS.

(1) Péritonite sur-aiguë; opération laborieuse par la petitesse du périnée.

(2) Cancer de la vessie.

(3 et 4) Chez ces deux malades, le volume des calculs a rendu les opérations laborieuses.

(5) Deux calculs.

(6) Tentatives antérieures de lithotritie qui avaient déterminé une cystite des plus graves.

(7) Cris aigus pendant l'opération, délire immédiatement après, mort au bout de quatre heures.

N. B. Il résulte de ce résumé général que sur dix-neuf fois la mort a été déterminée :

Par le cancer de la vessie une fois, 1
— sa forme trilobée avec rétention de plusieurs calculs dans une des loges, une fois. 1
— une affection calculeuse de la prostate, une fois, 1
Par suite de difficultés dépendantes :
de l'étroitesse du périnée, 1 fo.
de sa profondeur excessive, 1
des volumes des calculs, 2 } 4
Par suite de spasme et de délire, 1
— de gastro-entérite, 1
— déchirure du tissu de la prostate, 1
— d'hémorrhagie, 2

Ensemble 12

Dans les sept autres cas, c'est-à-dire dans sept cas seulement sur 89 opérés, les malades ont succombé à l'inflammation de la vessie ou du tissu cellulaire développée par le seul fait d'opérations qui n'avaient offert aucune circonstance extraordinaire.

Nous ne terminerons pas ce mémoire sans rapporter quelques observations remarquables, soit par le succès qui a couronné dans certains cas la taille bi-latérale, soit par les accidents auxquels elle a donné lieu, ou les circonstances qui l'ont accompagnée dans d'autres.

Obs. Ire. — *Taille transversale, sur un homme de soixante-six ans, épuisé par les douleurs de la pierre. — Hémorrhagie, par suintement, qui commence le cinquième jour de l'opération, et continue jusqu'au neuvième. — Mort. — Autopsie.* — M ***, habitant de Sceaux, âgé de soixante-six ans, était sujet à rendre des graviers, et éprouvait depuis douze ans les douleurs de la pierre, sans que ces circonstances l'eussent déterminé à consulter aucun homme de l'art sur sa position.

Ce n'est que vers le mois de juillet 1832 que, vaincu par les douleurs, amaigri et épuisé, il se décida enfin à chercher du soulagement à son mal. Il fut sondé, et l'on constata sans peine l'existence d'un calcul volumineux : mais on reconnut en même temps que la vessie était fort irritable, et qu'elle ne pouvait à peine contenir qu'une à deux cuillerées d'urine, et cette circonstance fit abandonner l'idée que l'on avait eue d'abord de soumettre le malade à la lithotritie. L'opération de la taille fut décidée et pratiquée le 17 septembre 1832, par la méthode bi-latérale.

L'incision des parties molles ne présenta rien de particulier à noter. Le lithotome double fut ouvert au nº 20. Le doigt indicateur de la main gauche introduit dans la plaie, aussitôt après l'incision du col, reconnut qu'il existait deux calculs accolés l'un à l'autre. Un gorgeret servit de conducteur aux tenettes, à l'aide desquelles le petit calcul fut d'abord séparé du gros, puis extrait sans difficulté.

La seconde pierre fut ensuite chargée, mais elle fut saisie en travers ; et comme elle était beaucoup plus volumineuse que l'autre, elle échappa une première fois après quelques efforts d'extraction. L'opérateur porta alors le doigt dans la plaie et jusque dans la vessie ; il changea la direction du calcul, et cette fois le corps étranger fut chargé suivant son

grand diamètre, et extrait avec effort toutefois, mais sans occasionner aucune déchirure dans les parties.

Ce dernier calcul était ovoïde, son poids dépassait celui de deux onces; tous deux ensemble pesaient trois onces un gros et quelques grains; tous deux étaient lisses à leur superficie, très durs, et la coaptation des surfaces par lesquelles ils se correspondaient était si exacte, qu'ils semblaient comme articulés entre eux.

Il s'écoula si peu de sang pendant l'opération, que le soir on prescrivit, comme moyen de précaution, une application de vingt sangsues sur la région hypogastrique.

La nuit fut bonne. Le malade dormit.

Le deuxième jour il se manifesta un peu d'affaissement général, et le malade fut pris d'un hoquet fatigant, que l'on considéra comme nerveux; on chercha en vain à le combattre par les boissons fraîches, l'ingestion de la glace, et par l'application d'un emplâtre de thériaque sur l'épigastre.

Le troisième jour, le hoquet continuant et l'affaissement faisant des progrès, on voulut faire prendre au malade quelques aliments, qu'il repoussa avec fureur. Le soir, pourtant, il prit dans un bouillon une cuillerée d'arow-root.

Le quatrième jour, même état général. Le malade se trouvant mal couché, se leva pour que l'on fît son lit. Un lavement provoqua une selle abondante; le hoquet cessa : mais l'urine qui s'écoulait encore entièrement par la plaie, commença à présenter une teinte rougeâtre.

(Eau vineuse. — Bouillon avec l'arow-root.)

Pendant la nuit, agitation. Un grand nombre d'alèses sont traversées par le liquide, de plus en plus rouge, qui s'écoule lentement, mais d'une manière continue.

Le cinquième jour, état général assez bon, mais persistance du suintement sanguinolent. On évalue à une cuillerée par heure la quantité de sang qui s'écoule mêlé à l'urine; il reste liquide, et ne forme aucun caillot.

Dans la crainte que cette hémorrhagie, d'abord légère et de peu d'importance, ne devînt plus grave, on fit des aspersions d'eau froide sur le ventre : l'écoulement con-

tinua. A neuf heures du soir, on pratiqua le tamponnement à l'aide de la canule à chemise : il suspendit l'hémorrhagie pendant la nuit.

Mais le sixième jour, à six heures du matin, elle reparut, présentant toujours les mêmes caractères ; le tamponnement, renouvelé deux fois avec soin, ne put l'arrêter, et le malade commença à pâlir et à s'affaiblir d'une manière remarquable.

Le huitième jour, on se décida à cautériser le trajet de la plaie avec le fer rouge ; on replaça ensuite le tamponnement; on recommença les effusions froides sur le ventre et les cuisses, et l'on donna à l'intérieur une boisson fortement astringente ; l'hémorrhagie, suspendue pendant quelques instants, ne tarda pas à reparaître.

Le malade s'affaiblit; le pouls devint imperceptible; les extrémités se refroidirent, et le malade succomba, sans agonie, le neuvième jour de l'opération, à une heure du soir, cinq jours après l'apparition de cette hémorrhagie extraordinaire.

Le cadavre présentait la pâleur habituelle aux sujets exsangues ; mais l'ouverture du corps ayant pu être faite, il a été impossible de découvrir la source précise de l'écoulement sanguin.

Il est difficile de l'attribuer à une lésion artérielle ; car alors il eût apparu plus tôt, et se serait fait d'une manière plus rapide.

Tenait-il à quelque déchirure du tissu spongieux de l'urètre, produite par les mouvements inconsidérés du malade, qui, le quatrième jour, a voulu se lever et se coucher sans aucun aide; ou à une sorte d'exhalation fournie par la muqueuse vésicale, devenue fongueuse par suite de la longue irritation qu'y avait déterminée pendant douze ans la présence d'un corps étranger? C'est ce qu'il a été impossible de déterminer.

Obs. II. — *Calculs vésicaux et prostatiques. — Taille bilatérale. — Mort. — Autopsie.* — Le malade qui est le sujet de cette observation était un homme âgé de cinquante-

cinq ans, marchand ambulant, d'une constitution peu robuste.

Les premiers symptômes de son affection dataient de trois ans, et s'étaient révélés à leur début par un sentiment presque continuel de pesanteur vers le fondement, et l'irrégularité dans l'émission de l'urine.

Au moment de l'entrée du malade, les besoins d'uriner se réveillaient à chaque instant, et provoquaient de violents efforts d'expulsion, suivis de la sortie de quelques gouttes d'urine brûlante. Ce liquide était trouble, très chargé de mucosités; l'agitation était extrême, la peau était chaude, le pouls fébrile. Une algalie introduite dans la vessie fit sentir près du col un calcul que M. Sanson présuma d'un petit diamètre.

Le repos, les émollients unis aux opiacés, ayant peu amélioré la position de cet homme, on chercha, malgré l'état déplorable où il se trouvait, à le débarrasser le plus promptement possible du corps étranger, cause de tous les accidents. M. Sanson avait d'abord songé à la lithotritie, mais les essais se bornèrent à faire pénétrer une pince à trois branches, que l'irritabilité extrême de la vessie ne permit pas même de développer. La taille ayant été pratiquée suivant la méthode bi-latérale, deux petits calculs rugueux d'une couleur noirâtre et composés d'oxalate de chaux, furent successivement extraits par la pince; le doigt qui avait exploré la vessie entraîna encore au dehors cinq ou six graviers de la grosseur d'un grain de chènevis, qu'il rencontra dans le tissu même de la prostate; ils étaient d'un jaune rougeâtre et demi-transparents. Le malade ressentit plus de calme après l'opération. Toutefois des douleurs assez vives continuèrent à se faire sentir dans le trajet du canal de l'urètre. Bientôt la fièvre se réveilla; le dévoiement survint, et le malade succomba dans le marasme quatorze jours après l'opération. Il ne s'était opéré aucun travail de cicatrisation, et l'urine avait toujours coulé par la plaie.

A l'autopsie on trouva la vessie petite, racornie, avec rougeur et épaississement de la muqueuse; les bords de la solu-

tion de continuité étaient grisâtres, couverts d'un pus ténu et fétide. La prostate avait une fois et demie le volume d'une prostate saine; son tissu rouge et lardacé était parsemé d'une foule de petites vacuoles renfermant chacune un ou plusieurs petits graviers semblables à ceux que le doigt avait entraînés au moment de l'opération; ils étaient rugueux, en général arrondis, égalant pour la grosseur depuis un grain de millet jusqu'à un petit pois; leur couleur était d'un jaune rougeâtre, ils étaient demi-transparents et d'un aspect ambré. On les rencontrait surtout dans la partie correspondante au verumontanum : rassemblés, ils pesaient près d'un gros. L'analyse a fait connaître qu'ils étaient formés d'oxide oxalique. Les reins étaient plus développés que dans l'état ordinaire, L'intestin grêle était phlogosé dans presque toute son étendue. Les autres parties n'offraient rien à noter (1).

Obs. III. — *Calculs multiples. — Taille bilatérale. — Profondeur considérable du périnée. — Vessie à trois loges. — Mort. — Autopsie.* — Le sujet de cette observation est un homme de la campagne âgé de soixante-onze ans, d'un caractère pusillanime, d'une forte constitution, avec embonpoint prononcé, chez lequel l'exploration de la vessie par le cathéter avait fait reconnaître la présence de plusieurs pierres. Les urines étaient abondantes, de couleur claire, chargées de mucosités. Cet état catarrhal fut amendé par le régime et les émollients, mais il resta une irritabilité très vive de la vessie et de l'urètre, qui fit rejeter l'idée d'employer la lithotritie. Néanmoins la santé générale du malade était assez bonne. M. Sanson procéda à l'opération de la taille par la méthode bilatérale; ce fut dans le commencement de l'année 1834. La manœuvre de l'opération fut rendue laborieuse par des difficultés qu'on n'avait pu prévoir. L'épaisseur du périnée était telle chez ce sujet qu'après l'incision des parties molles extérieures, le lithotome double ordinaire ne put dépasser assez la prostate pour être développé et achever régulièrement la section de cette glande. On dut y

(1) Observation recueillie par M. Bertrand.

suppléer par un bistouri boutonné, monté sur un long manche ; d'un autre côté, le doigt ne pouvant atteindre que le col de la vessie, le chirurgien était privé du meilleur guide pour diriger ses recherches. La tenette introduite à plusieurs reprises, ramena successivement sept calculs, du volume, terme moyen, d'une forte noisette, terminés par des facettes lisses et polies. Lorsque la tenette promenée dans tous les sens, ne saisit plus rien on termina l'exploration par le bouton. Cet instrument donna la sensation d'un léger choc qui échappa presque dans l'instant où il se fit sentir et qu'il fut impossible de reproduire. Dès lors il restait des doutes sur l'extraction complète des calculs, mais la fatigue extrême du malade prescrivait de ne pas prolonger plus long-temps les tentatives. La fièvre ne tarda pas à s'allumer, il se manifesta de l'abattement avec tendance à la prostration. Le malade était triste, affecté de la crainte de ne pas guérir. Cet état fut aggravé par un propos indiscret. Dès lors, tout préoccupé d'une fin prochaine, l'opéré tomba dans l'affaissement, ses traits s'altérèrent, et la mort arriva le cinquième jour de l'opération.

A l'ouverture du cadavre, la vessie présenta une disposition remarquable. Elle formait trois cavités : l'une médiane, qui avait l'aspect et le volume d'une vessie ordinaire; deux latérales plus petites capables de loger un œuf d'oie, communiquant chacune avec la poche principale, par une petite ouverture située un pouce environ de chaque côté au-dessus de l'embouchure de l'urètre, et susceptible d'admettre l'extrémité du petit doigt. Toutes deux contenaient quelques cuillerées d'urine, et l'une d'elles renfermait sept calculs semblables à ceux qui avaient été extraits par l'opération. L'un de ces corps en partie engagé par une des ouvertures dont je viens de parler, faisait une légère saillie. C'est sans doute à cette circonstance qu'il faut rapporter la sensation fugace d'un choc donné par le bouton. La vessie était vide, phlogosée. Le péritoine et le tissu cellulaire sous-séreux du bassin étaient injectés ; l'un des reins était infiltré de pus; les autres organes n'ont rien offert de particulier (1).

(1) Observation recueillie par M. Bertrand.

Obs. IV. — *Calcul engagé dans le col de la vessie. — Taille transversale. — Guérison.* — On reçut à l'Hôtel-Dieu, dans le mois de mars 1832, un jeune garçon de dix ans qui depuis son enfance éprouvait les symptômes rationnels du calcul vésical. Bien que sa constitution ne fût pas notablement altérée, sa taille, dont le développement avait sans doute été arrêté par la souffrance, était restée au-dessous de ce qu'elle est ordinairement à cet âge. Sa physionomie portait l'empreinte d'un état de tristesse et de douleur habituel. Les envies d'uriner étaient fréquentes ; elles étaient précédées, accompagnées et suivies de douleurs piquantes dont le siége principal était l'extrémité de la verge, que le malade tiraillait sans cesse pour se soulager.

Les efforts qu'il faisait pour uriner n'aboutissaient qu'à l'expulsion de quelques gouttes d'urine, parce que, dans l'intervalle, ce liquide s'écoulait involontairement et goutte à goutte. Chaque fois que les envies se reproduisaient, le malade jetait des cris et trépignait jusqu'à ce que la douleur eût cessé avec l'émission du liquide. Celui-ci contenait une certaine quantité de matière muqueuse. Plusieurs fois il s'y était mêlé du sang, surtout lorsque, plus jeune et moins souffrant, ce malade s'était livré avec ardeur aux amusements de son âge, ou lorsqu'il avait été exposé aux cahots d'une voiture.

Cet enfant fut sondé, et le cathéter ne tarda pas à rencontrer un corps dur et sonore, que l'on reconnut être le calcul lui-même. A en juger par l'étendue du contact entre le cathéter et ce corps, il devait être assez volumineux, et la proximité de l'obstacle, son immobilité, la difficulté que l'on éprouvait à pénétrer dans la vessie, ne permettaient pas de douter qu'il ne fût engagé dans le col de cet organe.

Ces diverses circonstances firent d'abord craindre que le calcul ne fût trop volumineux pour être extrait par le périnée ; mais le doigt introduit dans le rectum et appliqué au bas-fond de la vessie ayant rassuré à cet égard, on se décida à pratiquer l'opération de la taille, qui fut faite par la méthode bilatérale.

L'opération n'offrit rien de particulier ; le calcul, saisi dans

le sens de son grand diamètre, fut extrait avec facilité. Il avait dix-huit lignes de longueur sur quatre ou cinq dans sa plus grande épaisseur. Il était divisé par un collet rétréci qui avait correspondu au sphincter de la vessie, en deux parties inégales, dont l'une, antérieure, plus petite, s'était développée en avant du col de la vessie; tandis que l'autre, postérieure, plus considérable, avait occupé la cavité de cet organe. L'enfant a guéri sans éprouver le moindre accident, et sans conserver d'incontinence d'urine. Quinze jours après l'opération, la plaie était complétement cicatrisée (1).

Obs. V. — *Calcul vésical. — Urines purulentes. — Taille transversale. — Extraction difficile. — Guérison.* — Dans le mois de mai 1832, on apporta à l'Hôtel-Dieu un enfant de cinq ans, d'une assez bonne constitution, mais qui depuis long-temps souffrait en urinant et rendait des urines purulentes. Les douleurs qu'il éprouvait chaque fois qu'il voulait uriner, ce qui arrivait très fréquemment, lui arrachaient des cris; les efforts étaient accompagnés de ténesme; ils étaient violents et prolongés, et n'aboutissaient ordinairement qu'à l'expulsion d'un petit jet d'urine qui s'écoulait ensuite goutte à goutte; souvent les matières fécales s'échappaient en même temps.

La présence d'un calcul ayant été reconnue, on procéda à l'opération. Après les préparatifs d'usage, elle fut faite le 26 mai 1832.

L'incision des parties molles n'offrit rien de particulier; elle fut prompte et facile.

Mais lorsqu'on eut chargé la pierre, on fut frappé de son volume, traduit au-dehors par l'écartement des branches des tenettes.

Néanmoins on fit des efforts d'extraction lents et gradués. Le col de la vessie céda, quoique avec peine, ainsi que les parties molles, et l'opération put être terminée.

On reconnut alors que les difficultés que l'on avait éprouvées tenaient à ce que l'on avait saisi la pierre par les extré-

(1) Observation recueillie par M. Marx.

mités de son plus grand diamètre, qui était de dix-huit lignes, tandis que dans les autres sens elle n'avait que huit lignes au plus. La pierre pesait cinq gros. Une palette environ de sang s'écoula après l'opération.

Malgré la distension énorme qu'avaient dû éprouver les parties, si l'on compare les dimensions du calcul à celles du détroit inférieur du bassin chez un enfant de cinq ans, distension qui aurait très probablement occasionné des accidents graves chez un adulte, ce malade guérit sans éprouver le moindre accident, dans l'espace de quinze jours (1).

Obs. VI. — *Calcul vésical. — Douleurs atroces. — Taille ransversale. — Guérison rapide.* — Hippolyte Royer, âgé de onze ans, né à Lassy, département de la Mayenne, est entré à l'Hôtel-Dieu le 20 septembre 1832.

Cet enfant, d'une constitution lymphatique, est maigre et grêle. Depuis trois ans il souffre en urinant; ses douleurs augmentaient par l'exercice, et souvent il survenait une rétention complète d'urine, ou pour le moins une dysurie des plus intenses. Les urines devinrent catarrheuses. Des bains, des boissons délayantes lui furent successivement administrés dans son pays; mais ces moyens se bornant à pallier le mal sans le guérir, on se décida à sonder le malade, et l'on reconnut la présence d'un calcul; c'est alors qu'il fut dirigé sur l'Hôtel-Dieu.

Lors de son entrée, les envies d'uriner se renouvelaient environ tous les trois quarts d'heure; le malade poussait des cris perçants, se roulait dans son lit, tiraillait sa verge avec violence, puis se levait, et rendait en trépignant et avec des efforts inouïs quelques gouttes d'urine brûlante; souvent aussi les matières fécales s'échappaient en même temps. Les douleurs étaient atroces, ne laissaient aucun repos ni le jour ni la nuit, et dans l'intervalle des crises cet enfant était en proie à une agitation générale qui ressemblait assez aux mouvements désordonnés de la danse de Saint-Guy.

Le cathétérisme fit de nouveau reconnaître le calcul, et

(1) Observation recueillie par M. Reignier.

juger qu'il avait un volume assez considérable, le doigt introduit dans le rectum confirma cette opinion.

Le volume du corps étranger et l'irritabilité extrême du sujet rendant la lithotritie tout-à-fait inapplicable, l'opération de la taille fut décidée; le malade y fut préparé pendant deux jours par une application de quelques sangsues sur la région hypogastrique, par des bains et par des lavements émollients, et elle fut pratiquée le 22 septembre par la méthode bilatérale.

L'incision des parties molles extérieures ne présenta rien de digne d'être noté. Au moment où, en retirant le lithotome double, on achevait la section du col de la vessie, il s'échappa un flot de matière purulente qui fit d'abord penser que l'on avait ouvert un abcès de la prostate, mais qui fut bientôt reconnu pour être formé par de l'urine chargée d'une grande quantité de mucosités purulentes.

Le doigt rencontra le corps étranger à l'entrée de la plaie où il semblait vouloir s'engager par les seuls efforts de la vessie; il fut saisi facilement, et l'écartement des branches des tenettes confirma dans l'opinion où l'on était que ce corps avait un certain volume. Des efforts lents, soutenus et gradués, furent exercés : bientôt le col de la vessie céda, ainsi que les parties molles qui constituaient le trajet de la plaie; mais la peau résista, et les tenettes laissèrent échapper le calcul.

Il fallut alors débrider de chaque côté, dans l'espace de quelques lignes, l'ouverture trop étroite des téguments, pour pouvoir ressaisir ce corps étranger, qui fut enfin extrait. Il avait la forme et le volume d'un petit œuf de poule; son poids était d'une once trois gros et vingt grains; sa surface présentait une rainure qui indiquait qu'une des lames du lithotome l'avait entamé.

Il ne s'est pas écoulé plus de trois à quatre cuillerées de sang, soit pendant, soit après l'opération.

Dès que le calcul a été extrait, les douleurs ont cessé comme par enchantement. Le malade a dormi près de vingt-quatre heures sans désemparer.

L'appétit n'a pas tardé à revenir ; le troisième jour, on a accordé du bouillon, et le jour suivant du potage.

Pendant douze jours, les urines ont coulé par la plaie ; mais à cette époque elles ont commencé à passer en partie par le canal de l'urètre.

Le dix-septième jour, l'enfant est sorti complétement guéri (1).

Obs. VII. — *Calcul compliqué de fistule recto-vésicale. — Taille transversale. — Guérison.* — Le nommé Scache, homme d'un tempérament sanguin et d'une assez forte constitution, quoique d'une taille médiocre, entra à l'Hôtel-Dieu le 5 septembre 1824.

Dès l'âge de sept ans environ, cet homme avait commencé à éprouver des douleurs en urinant ; cinq ou six ans plus tard, il devint sujet à des hématuries qui se renouvelèrent fréquemment pendant quelques années, chaque fois qu'il se livrait à un exercice violent. Cependant ces accidents cessèrent dès l'âge de quatorze à quinze ans ; mais à trente ans le malade éprouva de nouveau des douleurs vives et continues ; un calcul ne tarda pas à s'engager dans l'urètre en produisant les accidents ordinaires de la présence de ces corps étrangers. Celui-ci s'arrêta au niveau de la fosse naviculaire, où un incision d'un pouce dut être faite pour l'extraire ; le malade fut soulagé, et pendant onze ans il n'éprouva plus aucun accident.

Mais la maladie reparut au bout de ce temps. Le sujet, alors âgé de quarante et un ans, fut tourmenté par une douleur presque continuelle au bout du gland, par des envies fréquentes d'uriner, par de la dysurie avec interruption brusque du jet de l'urine : à ces symptômes se joignirent bientôt ceux d'un catarrhe vésical.

Dans l'espace de cinq ans, cinquante ou soixante petits calculs furent spontanément et successivement rendus avec les urines ; mais jamais leur expulsion n'apporta un soulagement complet, ni même bien remarquable.

(1) Observation recueillie par M. Reignier.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, le malade en rendit un de vingt-deux lignes de longueur sur quatre de diamètre, et dès ce moment il éprouva un accident nouveau : de temps à autre, des gaz s'échappèrent par la verge, leur odeur était fétide, leur sortie était accompagnée d'un bruit très fort et analogue à celui que produisent les gaz qui sont rendus par l'anus; ils communiquaient à la verge des oscillations rapides et très prononcées.

Enfin un mois avant l'admission de Scache à l'Hôtel-Dieu, il avait rendu, toujours par la même voie, avec de vives douleurs, un ver lombric de onze pouces de longueur, circonstance qui ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence d'une communication anormale établie entre le rectum et les voies urinaires; jamais pourtant les urines n'ont passé par l'anus.

Malgré l'expulsion du calcul qui avait eu lieu un mois auparavant, les symptômes rationnels de la pierre dans la vessie persistaient au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, et le cathétérisme en fit constater l'existence. L'examen des urines fit aussi reconnaître qu'elles étaient purulentes, bourbeuses et fétides; mais, quoique le malade fût pâle et amaigri, l'état général de sa constitution étant encore assez bon, M. Dupuytren se décida à l'opération, qui fut faite, le 14 septembre, par la méthode bilatérale, et après les préparations d'usage. Le lithotome double fut ouvert au n° 12. Le calcul ne fut saisi qu'à la seconde tentative. Il s'écrasa dans les tenettes, et ne put être extrait qu'en plusieurs fois. Néanmoins il le fut complétement.

Deux injections furent poussées par la plaie jusque dans la vessie pour entraîner les dernières portions de la concrétion calculeuse, et le doigt n'ayant plus rien rencontré, le malade fut reporté à son lit.

Pendant l'opération, il ne s'était écoulé que très peu de sang par la plaie; un suintement léger continua jusqu'au soir par la verge et par la plaie. Cependant le malade ne tarda pas à éprouver de la douleur dans la région hypogastrique. Une heure et demie après l'opération, il eut un frisson qui

dura trois quarts d'heure. Un nouveau frisson d'égale durée se déclara quelques heures plus tard. La douleur hypogastrique augmenta ; le soir, il se déclara de la céphalalgie avec chaleur à la peau et fréquence de pouls sans dureté.

Saignée du bras.

Le 16 au matin, la douleur hypogastrique et la céphalalgique ont cessé ; la peau est légèrement halitueuse, le pouls est presque revenu à l'état normal ; mais le soir la douleur du ventre s'étant renouvelée, quoique avec moins d'intensité que la veille, on fit une nouvelle saignée (de deux palettes seulement), et on appliqua un cataplasme émollient sur l'abdomen.

A dater de ce moment, les accidents cessèrent.

Le troisième jour, les urines commencèrent à couler en grande proportion par l'urètre ; mais elles étaient toujours purulentes, boueuses, jaunâtres, et exhalant une odeur ammoniacale et fécale très prononcée.

On fait prendre par jour au malade six pilules composées de :

℞ Térébentine molle de Venise	℥	xxx.
Sous-acétate de plomb. . . .	℥	iv.
Extrait de jusquiame blanche	℥	vj.

Sous l'influence de ce traitement, les urines devinrent plus claires, moins boueuses et moins fétides ; mais, après huit jours, il survint des coliques et de la diarrhée qui forcèrent de le suspendre.

On le reprit plus tard ; et quarante-cinq jours après l'opération, le malade sortit de l'hôpital guéri de sa plaie, guéri aussi de sa fistule recto-vésicale, mais rendant encore des urines légèrement catarrhales.

Deux mois après, cet état durait encore ; mais il finit par disparaître, et le malade s'étant représenté à la consultation de l'Hôtel-Dieu cinq à six mois après sa sortie, on put constater qu'il était complétement guéri.

Obs. VIII. — *Calcul vésical. — Tentatives infructueuses de lithotritie. — Fistule vésico-rectale. — Taille bilatérale.*

—*Guérison.* — M. Turgot, âgé de cinquante-trois ans, chef de division au ministère de l'intérieur, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une excellente santé, éprouva, pour la première fois en 1820, de fortes douleurs dans la vessie et de l'impossibilité à uriner ; il alla prendre un bain, et rendit, après quelques efforts, un petit calcul du volume d'un pois. L'expulsion de cette pierre, un peu de régime, le repos, calmèrent les douleurs ; mais elles ne tardèrent pas à reparaître. Le malade devint sujet à de fréquents besoins d'uriner, il souffrait au bout de la verge, et davantage après avoir rendu ses urines. Ce fut dans cet état que, vers la fin d'avril 1824, il se mit entre les mains de M. Civiale. Ici, nous conserverons l'observation textuelle de M. Turgot lui-même.

« Depuis deux ans environ, j'éprouvais à la vessie des douleurs très vives dont la cause m'était inconnue. C'est dans cet état de choses que j'entendis, en mars 1824, parler de la découverte du docteur Civiale. Une personne de ma connaissance m'amena ce médecin, qui me sonda aussitôt, et reconnut que j'avais un calcul dont la grosseur, autant qu'il lui était possible de l'assurer, devait être celle d'une noix. Il m'assura que, sous quinze jours, il m'en débarrasserait, et presque sans douleur. Dès ce moment, je me préparai à l'opération en prenant des bains de siége et en m'introduisant des sondes. Lorsque mon docteur me crut suffisamment préparé, il prit jour pour l'opération, négligeant de s'assurer si la dilatation était complète. Cette négligence fut d'autant plus malheureuse, qu'effectivement je n'étais pas entré jusque dans la vessie. On va voir de suite quel en fut le résultat.

» Au jour indiqué pour m'opérer (ce fut vers la fin d'avril), MM. Percy, Chaussier et d'autres personnes qui m'étaient et me sont encore inconnues, se rendirent chez moi. Bientôt on me plaça sur une table, sur laquelle on avait mis un matelas. Alors le docteur Civiale se mit à agir, en commençant d'abord, à l'aide de la sonde, par faire reconnaître la pierre à MM. Percy et Chaussier. Une fois l'existence de la pierre constatée, l'opérateur introduisit son instrument ;

mais la dilatation n'étant pas complète, comme je l'ai déjà fait observer, il ne put pénétrer dans la vessie. Néanmoins il ne se découragea pas; il changea d'instrument, substitua tantôt un plus petit à un plus gros, et tantôt un plus gros à un plus petit, me pressant parfois le ventre avec force, et d'autres fois m'introduisant l'index dans l'anus ; enfin, tous ces efforts furent inutiles, et, après trois quarts d'heure, vaincu, tant par les obstacles qu'il éprouvait que par la lassitude (la sueur lui tombait du front), il m'abandonna, me déclarant que j'avais souffert dix fois plus que pour l'opération tout entière. Je me mis au bain ; j'urinai du sang dans la soirée, ainsi que pendant la nuit.

» Au bout de très peu de jours, j'éprouvai un accès de fièvre qui me fit perdre le sommeil ; mes urines commencèrent à couler d'elles-mêmes. Mon docteur alors m'ordonna des lavements avec de l'opium, et ensuite des potions opiacées. La fièvre, loin de diminuer, augmenta rapidement ; des contractions de vessie se firent bientôt sentir, et me causèrent des souffrances que je n'entreprendrai pas de dépeindre. J'éprouvais encore des douleurs telles, que je ne pouvais rester dans aucune position. Pendant tout ce temps, j'étais toujours au régime des lavements avec de l'opium et des potions opiacées. Mon mal faisant des progrès alarmants, nous jugeâmes nécessaire d'avoir une consultation de médecins. Nous priâmes donc le docteur Civiale de nous amener deux docteurs, qu'il nous désigna, et qui furent MM. Nauche et Marjolin. Ces messieurs ordonnèrent une saignée de trois palettes, des bains de trois heures et du laitage pour toute nourriture ; pour boisson, une infusion de laitue, et pour lavement, une décoction également de laitue.

» Malgré ce régime, qui finit cependant par avoir du succès, je souffrais horriblement ; mes urines coulaient constamment sitôt que j'étais au lit ; les douleurs qu'elles m'occasionnaient m'empêchaient de prendre une minute de sommeil, de sorte que j'étais obligé de me promener dans la chambre pendant toute la nuit ; je me promenais ainsi parce que, étant levé, je gardais mes urines pendant quelque

temps. Au retour du jour, je rentrais dans mon lit; parfois, mais rarement, la nature fatiguée l'emportait sur la douleur, et j'avais un peu de repos. On a qualifié cette maladie de fièvre nerveuse. Je mis au moins deux mois et demi à me rétablir. Au bout de ce temps, me trouvant dans un bon état de santé, et souffrant même très peu de la pierre, nous recommençâmes nos opérations; la première eut lieu dans les premiers jours de juillet. Le matin, mon docteur me fit prendre un lavement avec trois grains d'opium. L'opération commença par l'introduction de la sonde dans le but de reconnaître la position de la pierre, et de la placer convenablement; ensuite il fit entrer son instrument. Soit que j'eusse fait un mouvement, soit que la vessie se fût contractée, la pierre se trouva entre l'instrument et le col de la vessie. Mon docteur s'évertua pour déplacer la pierre et la reporter au fond de la vessie, attendu que, dans la position où elle était, il se trouvait dans l'impossibilité de la saisir. Cette manœuvre me fit souffrir horriblement; enfin, après une demi-heure d'efforts superflus, mon docteur se retira. Je me mets au bain, j'urine du sang pendant la journée et pendant la nuit. Quatre jours après cette tentative, nous en recommençâmes une seconde, à laquelle je fus préparé par un lavement avec l'opium. Cette tentative eut les mêmes résultats que la première, la pierre s'étant trouvée dans la même position; néanmoins, je dois faire connaître que les efforts du docteur Civiale furent beaucoup plus énergiques, de sorte que les souffrances que j'éprouvais me mirent dans le cas de lui ordonner impérieusement de se retirer. Il paraît que, cette fois, il emporta avec son instrument un petit morceau de chair ou de peau. Ma femme l'a vu; et lorsque j'en parlai au docteur, il me dit que c'était la peau d'un *petit bulbe*, dont il paraissait exister un certain nombre dans ma vessie. Comme la première fois, je rendis du sang en urinant, mais en plus grande quantité.

» Enfin, nous arrivons à la troisième et dernière tentative. Cette fois mon docteur, voulant me manœuvrer probablement plus à son aise, me fait prendre un remède avec quatre grains d'opium, et en outre, une potion dans laquelle en-

trait une quantité de laudanum égale à celle de deux grains d'opium.

» Cette dernière opération n'eut pas plus de succès que les deux autres, la pierre s'étant toujours colloquée dans le même endroit, et n'ayant pu être délogée malgré les efforts qui furent tentés, et dont aurait dû me garantir l'expérience du passé. Le soir de cette tentative, je fus atteint d'un accès de fièvre très violent, au point de dire des choses dépourvues de raison, et telles qu'on en peut dire dans les moments de délire.

« A partir de cet instant, j'ai perdu complétement le sommeil; j'ai conservé de la fièvre; j'ai été atteint de maux de reins affreux, ne pouvant rester dans aucune position. Tous les membres me faisaient souffrir cruellement; mes forces m'abandonnaient à tel point, que mon épouse a craint plusieurs fois que je rendisse le dernier soupir en voulant monter dans mon lit.

» Il y avait plus d'un mois que cet état de choses durait, lorsqu'un matin je vis dans le vase de nuit dont je me servais pour m'asseoir lorsque je voulais uriner, une quantité considérable de pus que j'avais rendu sans m'en apercevoir.

» Le docteur Civiale étant survenu dans la matinée, reconnut que c'était un dépôt; il me rassura beaucoup sur les suites, prétendant que je n'en avais rien à craindre. J'omettais de dire que, pendant que la fièvre me dévorait et que j'avais une constipation complète, le docteur Civiale m'avait ordonné une médecine de nerprun et d'huile de ricin. Un second médecin, le docteur Lacournère, homme de beaucoup de mérite, ayant été appelé près de moi, y a joint l'usage des rafraîchissants, au moyen desquels je vis ma fièvre s'affaiblir, et un peu de sommeil me visiter. Ceci précéda de quelques jours la rupture du dépôt.

» Le dépôt, quoiqu'il eût ainsi pris son cours, donna lieu à un écoulement de pus par l'anus, et par suite à une fistule. Je crus alors devoir réclamer les soins de l'homme le plus habile qu'il y ait au monde : on devine facilement que je veux désigner le célèbre baron Dupuytren.

» Les détails dans lesquels je viens d'entrer sont de la plus exacte vérité, et pourraient au besoin être attestés par une foule d'amis qui m'ont visité dans mes maladies successives. Ma constitution étant excellente, je me sentais encore assez de force pour résister aux opérations que l'on jugerait convenable d'entreprendre. »

Le 13 septembre, M. Dupuytren ayant été appelé pour la première fois auprès de M. Turgot, le vit conjointement avec M. le docteur Lacournère, dont la justesse du diagnostic et les bons soins avaient tant concouru à les soulager; il était dans l'état suivant :

Le malade, très amaigri, éprouvait chaque soir encore un peu de fièvre; il ressentait peu de douleurs à la vessie; il rendait chaque jour, en allant à la selle et par le rectum, une grande quantité de pus; néanmoins il ne sortait pas d'urine par l'anus. Près de cette ouverture existait un abcès; son ouverture ne pouvant que soulager le malade, elle fut faite aussitôt que proposée : une grande quantité de pus d'une odeur extrêmement fétide, d'une couleur grisâtre, s'écoula. Ne doutant pas que cet abcès ne communiquât avec les voies urinaires, M. Dupuytren prédit au malade que bientôt une fistule recto-vésicale s'établirait; en effet, quinze jours après, le malade sentit sa verge agitée d'un mouvement ondulatoire; des vents s'en échappèrent au même instant, et ses urines passèrent par le fondement. Ces phénomènes persistèrent depuis sans aucune amélioration jusqu'au moment de l'opération. Bientôt cependant la fièvre cessa, l'enflure des jambes disparut, et le 24 novembre 1824, l'embonpoint était revenu; le sommeil, l'appétit étaient bons, mais les douleurs occasionnées par la présence de la pierre avaient reparu; les urines passaient à la fois et par le fondement et par la verge, de telle sorte que deux tiers du liquide s'échappaient par le rectum, et un tiers par la verge. Il ne s'écoulait plus de pus par le fondement; il n'y avait pas de dévoiement; l'ouverture formée à la marge de l'anus n'était pas encore cicatrisée.

Le cathétérisme avait fait déjà depuis long-temps constater l'existence d'un calcul; le doigt, introduit dans le rectum,

fit reconnaître, à trois pouces environ de hauteur et sur le côté, le siege de la fistule, qui faisait communiquer le rectum avec le bas-fond de la vessie.

Quelle méthode devait-on mettre en usage pour débarrasser le malade, en même temps de son calcul et de sa fistule? Devait-on choisir la taille bi-latérale, qui venait de réussir dans un cas analogue, ou la taille recto-vésicale, qui pouvait offrir l'avantage de confondre la fistule dans la plaie, et de la ramener par conséquent à des conditions favorables à la guérison?

Pour décider cette importante question, on appela en consultation MM. Désormeaux, Marjolin, Danyau et Sanson, qui tous, considérant que la fistule ne pouvait pas être comprise dans la plaie de la taille recto-vésicale, parce qu'elle était trop haut placée, et parce qu'elle n'occupait pas la ligne médiane, furent d'avis que la taille transversale devait être choisie de préférence. Cette opération fut immédiatement pratiquée, et eut pour résultat l'extraction d'un calcul ovoïde de vingt lignes de longueur, de treize lignes de largeur et de onze lignes d'épaisseur.

Aucun accident ne survint. Le malade fut immédiatement débarrassé des douleurs déterminées par ce calcul, et cessa dès le moment de l'opération de rendre l'urine par le rectum. On n'eut à combattre qu'une constipation opiniâtre qui dura dix-sept jours, et qui céda alors à l'administration de l'huile de ricin. Trois semaines après, la fistule du périnée et la plaie de l'opération étaient complètement cicatrisées, et le retour des forces fut si rapide, que le 1er janvier 1825, le malade vint faire sa *première* visite à M. Dupuytren. Néanmoins il conserva pendant environ deux ans une très légère incontinence d'urine, qui aujourd'hui a complétement disparu (1).

Obs. IX. — *Calcul vésical. — Accidents simulant une phtisie pulmonaire au premier degré. — Tentatives infructueuses de lithotritie. — Taille bilatérale. — Guérison.* — Nicolas Louis, âgé de dix-sept ans, maréchal ferrant, demeu-

(1) Observation recueillie par M. Marx.

rant à Troyes, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 54, service de M. Sanson, le 12 février 1833, pour y être traité d'un catarrhe vésical, maladie pour laquelle on le soignait depuis deux ans dans son pays, et pour laquelle il portait un séton à l'hypogastre depuis trois mois. Jamais on ne l'avait sondé.

On apprit du malade que, dès l'âge de cinq à six ans, il marchait difficilement et qu'il ne pouvait garder ses urines qu'avec peine ; mais que depuis trois ans surtout il était tourmenté de douleurs presque continuelles à l'extrémité de la verge, d'envies fréquentes d'uriner ; que quelquefois l'émission de l'urine était impossible ou brusquement suspendue, et qu'enfin ce liquide laissait déposer par le refroidissement des mucosités glaireuses.

M. Sanson, avec une sonde d'argent, rencontra une pierre dans la vessie, mais le cathétérisme fut douloureux, et l'on fut obligé de renvoyer à un autre examen l'appréciation du volume du calcul. La vessie était notablement contractée et contenait fort peu d'urine.

Dans une deuxième exploration, M. Sanson évalua le plus grand diamètre de la pierre à dix-huit lignes ; il jugea la lithotritie applicable ; mais la vessie étant habituellement contractée, on y fit pousser pendant quelques jours des injections d'eau tiède en petite quantité, afin de la rendre un peu plus dilatable et susceptible de recevoir un instrument pour broyer la pierre.

Le 1er mars, on essaya la première injection, mais la vessie repoussa le liquide à l'instant avec une grande énergie.

Le 2, on laissa reposer le malade ; le 3, 4, 5, 6, on fit, mais tout aussi infructueusement, de nouvelles tentatives pour faire séjourner une petite quantité de liquide dans le réservoir urinaire ; l'organe ne put pas retenir plus d'un très petit verre d'eau.

Après la septième injection, le 7 mars, frisson vers le soir, suivi de chaleur et de sueur ; le pouls battait cent trente fois par minute, céphalalgie. *Quinze sangsues* furent appliquées

au périnée ; *grand bain*, *diète* pour calmer l'irritation de la vessie.

Le 9 mars, les accidents n'étant pas notablement diminués, on pratiqua une *saignée du bras*. Dès ce moment le frisson n'a plus reparu, mais la fièvre présenta des exacerbations qui continuèrent jusqu'au 16 mars ; le pouls resta fréquent ; le malade, déjà très maigre à son entrée, paraissait alors dans le marasme. Le 17, il alla huit à dix fois à la garde-robe, il urina une vingtaine de fois ; *lavement d'amidon avec laudanum*. Cet état continua jusqu'à la fin de mars ; de plus, le malade était affecté d'une petite toux presque continuelle; son pouls toujours rapide (cent dix à cent vingt). A chaque réveil il se trouvait inondé de sueur, surtout à la face, au col et à la poitrine : l'amaigrissement était considérable, la diarrhée revenait. On percuta la poitrine et l'on rencontra une légère matité sous la clavicule droite ; mais comme il n'y avait que très peu de crachats et que la respiration s'entendait bien partout, M. Sanson, après avoir mûrement réfléchi, prononça que les symptômes généraux, de même que ceux que l'on observait du côté de la poitrine, étaient sympathiques de l'irritation de la vessie et causés par la présence du calcul. Aussi, malgré la contre-indication que paraissait fournir l'état grave du malade, il n'hésita pas à tenter l'opération, pour détruire la cause de ces accidents.

Le lithotriteur de M. Jacobson fut introduit dans la vessie; mais celle-ci ne put retenir l'injection : elle coiffait le calcul et l'instrument, qui ne put s'ouvrir sans produire beaucoup de douleurs. En conséquence, sans recommencer des tentatives dangereuses, M. Sanson se décida à pratiquer la taille bilatérale.

Le malade fut mis au bain; on lui donna des lavements d'amidon pour modérer la diarrhée, et le 15 avril, on procéda à l'opération. Elle se termina de la manière la plus heureuse, et l'on retira un calcul de dix-neuf lignes sur douze. Il s'écoula peu de sang ; le pouls s'accéléra dans la journée, et cependant la nuit fut bonne ; le 16, le malade dit ne s'être

jamais trouvé aussi bien depuis deux ans. Il n'éprouva aucune douleur ; une partie de l'urine sortit par la verge.

Le 17, il rendit quatre garderobes ; le ventre n'était pas douloureux ; on donna des lavements laudanisés. *La toux avait cessé, et à son réveil le malade n'avait plus de sueur.*

Le 18, il n'y avait plus de diarrhée ; le pouls était à quatre-vingt-six (depuis l'entrée du malade il n'avait jamais été à moins de cent). Pas de douleur au ventre. La plaie seule donnait quelque cuisson.

Le 19, pouls à soixante-quatre ; pas de garderobes, pas de toux ni de sueurs ; la nuit a été très bonne ; l'urine sort par la verge et ne coule plus par la plaie ; elle ne contient plus de mucosités. Le malade reprend chaque jour de l'embonpoint, et il sort complétement rétabli après un mois ; la poitrine ne présente plus aucune espèce de traces de matité (1).

(1) Observation recueillie par M. Désir.

FIN DU TOME QUATRIÈME.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE QUATRIÈME VOLUME.

ART. I. — DES ANUS CONTRE NATURE ; MÉTHODE NOUVELLE POUR LES TRAITER ; DISPOSITION DES PARTIES DANS L'ANUS ACCIDENTEL, 2. — Définition de l'anus accidentel, *id.* — Circonstances propres à l'établissement de l'anus accidentel, 3. — Dispositions anatomiques de l'anus accidentel, 4. — De l'infundibulum et de l'éperon, 5. — Disposition du mésentère, 8. — Changements des bouts intestinaux, 10. — Conséquences qui résultent de cette maladie, 11.

Nouvelle méthode pour traiter l'anus contre nature, 15. — Un certain nombre d'anus accidentels sont curables, qu'ils soient ou non supportés par une hernie, 16. — La plupart des fistules stercorales peuvent guérir par les efforts de la nature, *id.* — Les deux tiers des anus accidentels guérissent par les moyens ordinaires ; un tiers persiste et exige des moyens plus efficaces, 18. — Difficultés et obstacles à vaincre, *id.* — Raisons pour lesquelles l'adhérence doit être respectée, 19. — L'éperon et la cloison doivent être seuls attaqués, *id.* — Première tentative de M. Dupuytren pour repousser l'éperon et la cloison, 20. — Emploi de l'instrument inventé dans ce but en 1809, 21. — Il est conduit à l'idée de perforer ces parties, *id.* — Propriété remarquable des membranes séreuses, 22. — Expériences sur les animaux pour faire communiquer les deux bouts de l'intestin, 23. — Obs. I. Hernie étranglée ; opération ; anus contre nature ; division de la cloison ; emploi de l'aiguille et des fils ; amélioration ; nouvelles tentatives ; mort ; autopsie ; péritonite, 25. — Note sur les procédés de Schmakalden et de Physick, 28.

Description de l'entérotome, 31. — Mécanisme de cet instrument, 32. — Ses effets, 33. — Obs. II. Hernie inguinale étranglée ; opération ; gangrène de l'intestin ; anus contre nature ; emploi de

l'entérotome ; guérison, 34. — Règles sur l'application de cet instrument, 36.

Obs. III. Ancienne hernie inguinale ; retranchement d'une portion de l'intestin hernié par le malade ; anus contre nature ; entérotomie : guérison, 40. — Résultat général des opérations pratiquées suivant la méthode de M. Dupuytren, 48.

Appendice au mémoire sur l'anus contre nature, 51. — Développement des principes sur l'opération de l'anus contre nature, *id.* — Conduite à tenir dans les hernies étranglées avec gangrène, 52. — Des anus contre nature qui guérissent par les seuls efforts de la nature, *id.* — Obs. I. Hernie crurale étranglée ; gangrène ; anus contre nature ; guérison, *id.* — Obs. II. Hernie crurale étranglée ; opération ; gangrène de l'intestin ; anus contre nature ; guérison, 54.

L'ouverture anormale est souvent très longue à se fermer, 56. — Obs. III. Anus contre nature ; entérotomie ; guérison, *id.* — L'opération de l'anus contre nature a été pratiquée pour un cas d'anus anormal ombilical, 61. — Obs. IV. Hernie ombilicale gangrenée et suivi d'anus contre nature ; emploi de l'entérotome ; guérison, *id.* — Le docteur Collier est parvenu à guérir l'ouverture cutanée anormale à l'aide de l'autoplastie, 63. — Obs. V. Anus contre nature ; fistule ; autoplastie ; guérison, 64.

Opérations pratiquées par M. Clerx en Belgique, 64. — Nouvelles recherches sur l'anatomie pathologique, 65. — Fait rapporté par M. Bégin d'une oblitération d'une portion inférieure d'intestin, 66. — Altérations des intestins chez des individus qui ont succombé pendant la durée d'un anus contre nature, 67. — Obs. VI. Hernie crurale étranglée chez un vieillard ; opération ; anus contre nature ; point d'accidents primitifs ; mort ; autopsie, *id.* — Obs. VII. Hernie crurale étranglée ; opération ; gangrène de l'intestin ; établissement d'un anus contre nature ; mort ; autopsie, 73.

Examen des organes dans un cas où l'entérotome avait été appliqué, 76. — Obs. VIII. Anus contre nature ; invagination ; état squirrheux et saillie irréductible du bout inférieur ; emploi des mèches pour le dilater : une ulcération s'y forme et donne lieu à une nouvelle invagination ; application de l'entérotome pour couper le bout inférieur ; mort ; autopsie, 76. — Obs. IX. Anus contre nature ; accidents déterminés par la guérison trop rapide de la plaie ;

entéro-péritonite suraiguë ; mort ; autopsie, 86. — Obs. X. Hernie crurale opérée après cinq jours d'étranglement ; gangrène de l'intestin ; établissement d'un anus contre nature ; fausse couche ; fièvre adynamique rémittente ; mort deux mois et demi après l'opération ; autopsie et description de l'anus contre nature, 90. — Il est quelquefois impossible de découvrir le bout inférieur, 103.

Quelques recherches sur l'établissement des anus accidentels, *id.* — Établissement d'un anus artificiel dans la région iliaque gauche par suite d'oblitération du rectum, *id.* — Ouverture du cœcum par M. Dupuytren dans un cas d'oblitération du rectum chez un enfant, *id.* — Cette opération a été proposée par M. Braillet pour un officier qui avait une occlusion d'intestin, 104. — L'opération doit être pratiquée lorsque l'obstacle provient d'une altération organique bien constatée du rectum, *id.* — Cette opération a été pratiquée avec succès par Martland, *id.* — L'opération de l'anus anormal au flanc gauche a été proposée par Littré, et pratiquée avec succès par Dubois et Duret, 105.

L'opération d'anus accidentel pratiquée par Pillore, de Rouen, a eu lieu dans l'aine droite pour arriver au cœcum, et non dans le colon lombaire gauche, comme on l'a écrit partout, 103. — Procédé de Callisen, *id.* — Application de l'entérotome par M. Casamayor à un anus anormal ouvert dans le vagin, *id.* — Description du procédé de Schmakalden, 107. — Obs. XI. Hernie inguinale droite ; étranglement ; gangrène ; anus contre nature ; premières tentatives faites pour détruire la cloison ; guérison, 108.

ART. II. — DE L'EXCISION DES BOURRELETS HÉMORROIDAUX : DE LA CHUTE DU RECTUM ; DE LA FISSURE A L'ANUS ; DU RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM, 119.

1° *De l'excision des bourrelets hémorroïdaux* ; siége des tumeurs hémorroïdales, *id* — Les hémorroïdes peuvent ne pas causer d'accidents ; elles peuvent donner lieu à des accidents graves, *id.* — Procédés proposés par les anciens, *id.* — Nature des hémorroïdes, 120. — Les bourrelets hémorroïdaux doivent être distigués en externes et en internes, *id.* — Influence de l'âge et du sexe, 121. — Cas dans lesquels les hémorroïdes doivent être abandonnées à elles-mêmes, *id.* — Les bourrelets hémorroïdaux peuvent se rencontrer ensemble, 122. — Symptômes des hémorroïdes, *id.*

Examen des différents moyens mis en usage, 123. — On a pratiqué

la compression, la ligature, la cautérisation, *id.* — Procédé de M. Dupuytren, 124. — Dangers qui suivent l'opération, 125. — Un des plus graves est l'hémorrhagie, *id.* — Remède contre l'hémorrhagie, 126. — Objections faites à la cautérisation, *id.* — Introduction d'une vessie de porc pour combattre l'hémorrhagie, 126. — Les autres accidents de l'excision des bourrelets hémorroïdaux sont bien moins graves que l'hémorrhagie, 127. — Réaction déterminée sur l'économie par la suppression du flux sanguin, 127. — Traitement, *id.* — L'excision amène quelquefois le rétrécissement du rectum, 128.

Obs. I. Excision d'hémorroïdes suivie d'une hémorrhagie interne; cautérisation; guérison, 129. — Obs. II. Hémorrhagies déterminées par les hémorroïdes externes; opération; hémorrhagie consécutive; tamponnement: guérison, 133, — Obs. III. Bourrelet hémorroïdal; excision; hémorrhagie interne; tamponnement; guérison, 134. — Obs. IV. Excision des tumeurs hémorroïdales très volumineuses, dures, ulcérées, existant depuis vingt-cinq ans; guérison complète, 136. — Obs. V. Tumeurs hémorroïdales internes; opération; hémorrhagies consécutives; cautérisation; guérison, 139. — Obs. VI. Hémorroïdes internes et externes; hémorrhagies; ablation; cautérisation; guérison, 141.

Caractères des hémorrhagies qui succèdent aux hémorroïdes, 144. — Moyens employés, 145. — Modification proposée par M. Lemaire, *id.* — Quelques mots sur le traitement de M. Dupuytren, 147. — Traitement préventif du rétrécissement du rectum, *id.* — Obs. VII. Hémorroïdes anciennes excisées; guérison, 148.

2° *De la chute du rectum*, 149. — Définition de la chute du rectum, 150. — Elle est plus commune dans l'enfance, *id.* — Réduction de l'intestin, *id.* — La disposition à la maladie n'en persiste pas moins, 151. — Les lotions et les bains froids ont été aussi employés, *id.* — Les lotions astringentes, la compression et l'excision ont été aussi mis en usage, *id.* — Disposition anatomique de la marge de l'anus, 152. — Procédé de M. Dupuytren, *id.* — Conséquences de l'opération, 153. — Différences du procédé de Hey, 154. — Obs. I. Chute avec renversement du rectum; opération; guérison, *id.*

Obs. II. Chute avec renversement du rectum; opération; guérison; chute de la matrice, 156. — Obs. III. Chute du rectum accompagnée de tumeurs hémorroïdales et guérie par leur excision, 158. — Procédé ancien de M. Dupuytren, 159.

3° *De la fissure à l'anus*, 160. — Caractères symptomatiques de la fissure, *id.* — La gravité de la maladie dépend du spasme douloureux et non de la fissure, 161. — M. Pinel Grandchamp a observé un cas analogue à la vulve, *id.* — Causes des fissures, *id.* — Insuffisance presque générale de tous les moyens locaux, 162. — Cependant M. Dupuytren a formulé une pommade qui a guéri plusieurs fissures, *id.* — Obs. I. Fissure superficielle à l'anus; usage de la pommade de belladone; guérison, 163. — Différence des fissures relativement à leur siége, 164. — Cas où le procédé de M. Boyer doit être préféré, 165. — Modification introduite par M. Dupuytren, *id.* — Obs. II. Fissure très douloureuse avec constriction spasmodique de l'anus; incision; guérison, *id.* — Des désordres locaux plus ou moins graves peuvent exister, 166. — Obs. III. Fissures anciennes avec excroissances en forme de bourrelet; incision; guérison, *id.* — Obs. IV. Fissure à l'anus guérie par l'incision du sphincter, 167.

4° *Du rétrécissement du rectum*, 168. — Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, *id.* — Raisons de cette préférence, *id.* — De quelques signes du rétrécissement du rectum, 169. — Traitement, *id.* — Dilatation du rectum, *id.* — Incision lorsqu'il existe une bride, 170. — Obs. Rétrécissement circulaire du rectum à un pouce au-dessus de l'anus; guérison, *id.* — Traitement dans le cas de maladie syphilitique, 171.

ART. III. — DES DILATATIONS VITALE ET MÉCANIQUE DE L'URÈTRE, 172. — Considérations sur un homme atteint de rétrécissement de l'urètre, *id.* — Il ne faut pas recourir au cathétérisme forcé quand on a quelques heures, et à plus forte raison quand on a quelques jours devant soi, 175. — De la dilatation vitale, 176. — Obs. I. Rétrécissement considérable; dysurie; dilatation vitale, 175. — Obs. II. Rétrécissement de l'urètre; dysurie et incontinence d'urine; catarrhe vésical symptomatique du rétrécissement; dilatation vitale, 177. — Obs. III. Rétrécissement au commencement de la portion membraneuse accompagnée de spasme très remarquable de l'urètre et d'incontinence d'urine; dilatation vitale, 178.

Manière d'agir de ces deux modes de dilatation, 179. — De la dilatation vitale, *id.* — Instruments à employer, *id.* — Symptômes des corps étrangers en contact avec les canaux vivants, 180. —

De la dilatation mécanique, 181. — Formes des bougies, *id.* — Action de ces bougies sur le canal de l'urètre, *id.* — Obs. IV. Rétrécissement de l'urètre; dysurie; dilatation mécanique, 184. — Obs. V. Rétrécissement considérable au bulbe de l'urètre; dysurie; dilatation mécanique, 185. — Considérations sur la dilatation, 186. — La dilatation en général n'est que temporaire, 187. La rétraction vitale est la cause de ce retour du rétrécissement, *id.* — Cet accident est une des plus graves objections que l'on puisse faire à la méthode, *id.*

ART. IV. — DE L'HYDROCÈLE ET DE SES PRINCIPALES VARIÉTÉS, 188. — Des principales espèces d'hydrocèles, 188. — Les variétés du tissu cellulaire sont au nombre de quatre, *id.* — De l'hydrocèle par infiltration, 189. — Siége de cette espèce d'hydropisie, *id.* — Symptômes de l'hydrocèle par épanchement, 190. — Obs. I. Hydrocèle; ponction; testicule en avant; point de liquide; nouvelle ponction; guérison, *id.* — Obs. II. Hydrocèle; ponction; testicule en avant; la circonférence est traversée; injection; pas d'accidents; guérison, 191. — L'hydrocèle par épanchement de la tunique vaginale peut être compliquée de l'hydrocèle enkystée du cordon testiculaire, 192. — Obs. III. Hydrocèle enkystée du cordon des vaisseaux spermatiques, *id.* — L'hydropisie enkystée du cordon a été souvent prise pour une hernie, 194. — Obs. IV. Hydrocèle enkystée, *id.* — Dans ces cas d'incertitude, la méthode par excision est une des meilleures à employer, 195.

Variétés de formes de l'hydrocèle, 196. — De l'hydrocèle en bissac; *id.* — L'incision convient dans les hydrocèles multiloculaires, 197. — Obs. VI. Hydrocèle multiloculaire; double ponction; guérison, *id.* — Les hydrocèles dits multiloculaires ne sont quelquefois que des hydrocèles de la tunique vaginale, compliquées d'une hydrocèle enkystée du cordon, 198. — Observation rapportée par M. le docteur Loir, *id.* — L'hydrocèle de la tunique vaginale présente des différences chez les adultes et les enfants nouveau-nés, *id.*

De l'hydrocèle congéniale, *id.* — Il en existe deux variétés, 199. — La hernie complique souvent l'hydrocèle, *id.* — Il peut arriver, quand l'hydrocèle est située devant la hernie, qu'une partie de l'épiploon ou de l'intestin passe à travers les éraillements du tissu qui enveloppe la tunique vaginale, 200. — Importance des rapports des deux sacs, *id.* — Le sarcocèle complique l'hydrocèle,

201. — Obs. VII. Hydro-sarcocèle ; cas remarquable sous le rapport des difficultés du diagnostic, *id.*

Des kystes séreux peuvent se développer dans les bourses, 206. — Des hydatides des testicules ont été observées, *id.* — Les kystes purulents, méliceriques, les testicules scrofuleux constituent des altérations différentes, *id.* — L'état de la tunique vaginale présente des degrés de désorganisation qu'il est intéressant d'étudier, 207. — Obs. VIII. Hydrocèle ; dégénérescence cartilagineuse de la tunique vaginale ; épanchement sanguin, *id.* — Obs. IX. Hydrocèle ; dégénération cartilagineuse de la tunique vaginale, *id.* — Obs. X. Hydrocèle avec dégénérescence cartilagineuse de la tunique vaginale ; épanchement sanguin, 209.

Le vésicatoire a été quelquefois employé avec succès dans l'hydrocèle, 210. — Obs. XI. Hydrocèle guérie par l'application d'un vésicatoire, *id.* — Les matériaux de l'injection ne sont point indifférents ; matériaux employés, *id.* — Obs. XII. Hydrocèle ; ponction ; fausse route ; le liquide est introduit dans le tissu cellulaire, 213. — La douleur peut manquer dans l'injection, M. Cruveilhier en a recueilli plusieurs observations, 214. — Le passage du liquide dans le tissu cellulaire peut donner lieu à la gangrène et à la chute du scrotum, 215. — Quoique l'injection réussisse dans le plus grand nombre de cas, il est des circonstances où il faut recourir à l'incision, comme, par exemple, lorsque la cavité de la tunique est séparée en plusieurs cellules, 215. — L'excision doit être employée lorsque la tunique est cartilagineuse, 216. — Du traitement de l'hydrocèle chez les enfants, 216.

ART. V. — DES ENGORGEMENTS DES TESTICULES; ENGORGEMENTS INFLAMMATOIRES, SCROFULEUX ET VÉNÉRIENS, 218. — Les engorgements des testicules ont souvent été pris pour des affections cancéreuses et extirpées, *id.* — L'amputation des testicules a souvent conduit au suicide, *id.* — Siége différent de l'engorgement, *id.* — Des engorgements aigus, 219. —Obs. I. Inflammation blennorrhagique du testicule et de ses enveloppes ; abcès ; guérison, 219. — L'orchite est-elle le résultat d'une métastase, d'une sympathie, ou simplement d'une extension de l'inflammation au testicule par voie de continuité de tissu? 220.

De l'engorgement chronique, 222. — Obs. II. Hydro-sarcocèle ; traitements explorateurs ; considérations sur le mode d'ablation

du testicule, *id.* — Du procédé propre à l'extirpation du testicule, 224. — Des procédés pour l'extirpation des testicules chez les animaux, 225. — Chez l'homme, l'ablation a lieu de deux manières, 223. — Les extirpations de testicules sont très rares à l'Hôtel-Dieu, 226. — Obs. III. Engorgement présumé squirrheux; amputation; nouvel engorgement; traitement anti-vénérien; guérison, 226. — Obs. IV. Engorgement syphilitique pris pour une affection cancéreuse; ablation d'un testicule; récidive; traitement anti-vénérien; guérison; hydrocèle consécutive, 227. — Obs. V. Engorgement du testicule; cas douteux; ponction exploratrice; hydrocèle avec épaississement cartilagineux de la tunique vaginale, 228. — Quelques mots sur le siége de l'engorgement, 229. — Du traitement, *id.*

Des engorgements scrofuleux du testicule, 230. — Marche de cette maladie, *id.* — Traitement des engorgements scrofuleux compliqués de symptômes inflammatoires, 231. — Traitement de l'état scrofuleux pur, *id.* — L'affection scrofuleuse offre trois temps distincts dans sa marche, 232. — Le traitement doit se modifier d'après ces trois états, *id.* — Quelques mots sur les préparations d'iode, 233. — Traitement des fistules scrofuleuses, 234.

Des engorgements vénériens, 235. — Des signes de l'engorgement vénérien, 236. — Faits qui démontrent l'existence du virus vénérien, 237. — Il y a dans cette maladie deux éléments, l'élément inflammatoire et l'élément vénérien, *id.*

ART. VI. — DE LA DÉCHIRURE CENTRALE DU PÉRINÉE PENDANT L'ACCOUCHEMENT, ET DU PASSAGE DE L'ENFANT ET DE SES ANNEXES PAR CETTE DÉCHIRURE, 238. — La déchirure du périnée est fort commune, *id* — Nous ne nous occuperons ici que de la déchirure centrale du périnée sans lésion de la commissure et du sphincter, *id.* — Harvey en a observé un exemple sur une jument de la reine d'Angleterre, 239. — Nedey en a observé un cas chez la femme, *id.* — Observation de Coutouly, *id.* — Faits semblables de Denman, Joubert, Meckel, 240. — Gravis, Lebrun, Douglass, ont rapporté des faits de ce genre, 241.

Observation du docteur Marter, *id.* — Observation de Moschener, 242. — Observation du docteur Franck, 243. — Obs. I. Quatrième position de la tête; déchirure centrale du périnée; guéri-

son, observation de M. Evrat, recueillie par M. le professeur Moreau, 244. — Obs. II. Première position de la tête; efforts contre le périnée; déchirure centrale de cette partie; suture de la plaie; rupture; guérison, 245. — Causes de l'accouchement par le périnée, 248. — Vice de conformation qui favorise cette déchirure, *id.* — Il peut être congénial ou accidentel, 249.

Conduite à tenir dans le cas de rétrécissement accidentel de la vulve, *id.* — Observation du docteur Champenois, *id.* — Obs. III. Accouchement; déchirure des lèvres et du périnée; mode de cicatrisation des parties, 250. — La position donnée à la femme en couche peut favoriser la rupture du périnée, *id.* — Autres causes de la rupture du périnée, 251. — Traitement de la déchirure centrale du périnée, *id.* — Obs. IV. Déchirure du périnée; suture; rétrécissement du périnée, 252. — La réunion des bords de la plaie peut avoir lieu sans opération, par la simple position, 253.

Quelques recherches sur la mortalité des femmes en couche, 254.

ART. VII. — DES TUMEURS FIBREUSES OU POLYPES DE LA MATRICE; DES TUMEURS CELLULEUSES ET VASCULAIRES, 257. — Quelques mots sur l'historique des polypes, *id.* — Fréquence des polypes, *id.* — Obs. I. Polypes de l'utérus; excision; guérison, 258. — L'époque à laquelle la gangrène attaque les polypes peut être précisée par des symptômes propres, 266. — Les polypes peuvent se détacher spontanément par suite de gangrène, 267. — Obs. II. Polype mou, ulcéré; chute spontanée de ce corps; guérison, *id.* — Obs. III. Polype utérin; chute spontanée; mort; autopsie, 270. — Certains polypes peuvent, au moment des règles, simuler des douleurs semblables à celles de l'accouchement, 272. — Certains polypes utérins se détachent spontanément sans être atteints par la gangrène, 273. — Des deux principaux procédés opératoires, la ligature et la section, *id.* — Accidents causés par la ligature, 274. — Obs. V. Polype; ligature; accidents; mort, 275. — Sur plus de deux cents cas d'excision, M. Dupuytren n'a observé que deux fois l'hémorrhagie, 277. — Obs. VI. Polype; excision, hémorrhagie, *id.* — Parallèle des accidents qui suivent l'excision et la ligature, 279.

Le procédé de M. Dupuytren est fondé sur deux données importantes, la nature fibreuse des polypes et la mobilité de la matrice, 280. — Bichat a le premier fait connaître la nature des polypes, *id.* — Généralités sur les polypes, *id.* — Formes de ces corps, *id.* — Ils se développent partout où le tissu fibreux abonde, mais spé-

cialement dans l'utérus, 281. — Leur siége dans ce cas peut avoir lieu à l'extérieur, à l'intérieur, dans l'épaisseur, *id.* — Les polypes peuvent être avec pédicule ou sans pédicule, 283. — Composition du pédicule, 284. — Grosseur et volume des polypes, *id.* — Aspect de ces corps lorsqu'ils ne sont pas dégénérés, 285. — Consistance, *id.* — Forme, *id.* — Obs. VII. Polypes utérins pris pour une affection cancéreuse; excision; guérison, 286. — Nouveaux détails sur la composition anatomique des polypes, 287.

Les deux éléments qui entrent dans la composition des polypes sont fort importants à connaître sous le rapport du pronostic, 289. — Si l'élément celluleux prédomine, le polype peut dégénérer en carcinome, *id.* — Quelques polypes peuvent passer à l'état cartilagineux, *id.* — Il existe quelquefois des cavités dans les polypes, *id.* — Les polypes peuvent s'enflammer et suppurer, 292. — Obs. VIII. Polype; autopsie; collection purulente, 293. — Toutes les substances diverses trouvées dans les polypes ne sont que les divers degrés des transformations successives de la même maladie, 296 — Les polypes enlevés au début sont fort peu sujets à récidiver, 297. — On considérait autrefois les polypes comme très rares, 298. — Bayle a évalué leur proportion chez les vieilles femmes au cinquième, *id.* — Suivant M. Dupuytren, on ne voit presque pas de matrice de vieilles femmes qui ne contiennent des polypes, *id.* — Recherches sur l'utérus de 40 vieilles femmes par M. Loir, *id.* —

Recherches sur l'âge auquel se montrent les polypes, 301. — Influence du mariage et du célibat, 302. — État de la menstruation. 303. — Recherches de M. Brierre de Boismont sur l'influence de la menstruation dans les maladies, 304. — Symptomatologie des polypes, première période, 306. — Obs. IX. Tumeur fibreuse assez volumineuse de l'utérus, développée sans tumeur, 307. — Désordre de la menstruation, lorsque les polypes sont reconnus, 308. — Symptômes de la deuxième période, *id.* — Obs. X. Polypes fibreux de l'utérus; mort avant toute opération, 309. — Les symptômes des polypes non pédiculés sont ceux de la première période, 311. — Les phénomènes sont fort graves, lorsque le col ne peut s'ouvrir, 312. — Symptôme de la troisième période, *id.* — Symptôme de la quatrième période, *id.* — Caractères diagnostiques pour les quatre degrés, 313.

Obs. XI. Polype considérable; difficulté du toucher; incision de la commissure postérieure; excision; guérison, 315. — Obs. XII.

Polype en champignon faisant issue hors de la vulve ; pédicule très long ; ligature ; excision ; guérison, 317. — La diagnostic peut être très embarrassant lorsque le polype est considérable, 320. — Obs. XIII. Polype ; erreur de diagnostic ; développement considérable de ce corps ; son extraction au-dehors ; excision ; guérison, *id.*

Les symptômes des polypes contenus dans l'épaisseur des parois de l'utérus sont presque nuls ou sans valeur, 322. — Examen des polypes situés à la surface péritonéale de la matrice, 324. — Polypes développés en dehors et autour du col de la matrice, *id.* — Incurabilité fréquente des polypes situés autour du col, 325. — Effets que produisent ces corps, *id.* — Résumé des faits relatifs à ces polypes, 327. — Pronostic des polypes, 328. — Obs. XIV. Polype implanté sur la face postérieure de la matrice ; volume considérable de ce corps sans causer d'accidents pendant plusieurs années, 329. — Les tumeurs fibreuses sont-elles héréditaires ? 330. — Obs. XV. Polypes héréditaires ; excision ; guérison, *id.*

Diagnostic, erreurs de diagnostic, 332. — Principes généraux du traitement, 339. — Souvent les moyens doivent être palliatifs, *id.* — Conduite du chirurgien, lorsque l'opération est jugée nécessaire, 341. — 1° Cautérisation, *id.* — 2° Torsion. — Obs. XVI. Polype fibreux de la matrice ; incision du col ; rupture du pédicule ; guérison, 343. — Objections faites à la torsion, 345. — 3° Broiement, 346. — 4° Arrachement *id.* — 5° Ligature, 347. — Réflexion sur l'emploi de ligature, 348. — Obs. XVII. Polype utérin ; ligature ; phlébite utérine ; mort, 351. — 6° Excision des polypes, 353. — Réflexions sur ce mode de traitement, 354. — Obs. XVIII. Polypes multiples ; danger d'une opération, 356. — De l'emploi du seigle ergoté lorsque la tumeur est renfermée dans l'utérus, 359. — Obs. XIX. Polype ; emploi du seigle ergoté pour favoriser l'expulsion du polype, 359. — Des dangers de la dilatation mécanique, 360. — Obs. XX. Polype ; dilatation mécanique du col ; métro-péritonite, *id.*

Lorsque le col résiste à la dilatation, on se trouve bien de l'incision du col, *id.* — Obs. XXI. Polype extra-utérin ; incision du col ; tentatives en partie inutiles ; gangrène ; chute du polype ; guérison, 361. — L'incision peut se faire de deux manières, 362. — Obs. XXII. Polype embrassé par le col ; incision du col ; section du pédicule ; guérison, *id.* — Traitement des polypes qui se développent autour

et en dehors de la matrice, sur les parois du vagin, dans le tissu cellulaire post-vaginal, 365. — Traitement des tumeurs non pédiculées et encavées dans le tissu propre de la matrice, *id.*; traitement consécutif de l'opération, 366. — Polypes à double renflement, *id.* — Bourdonnements d'oreilles après la suppression brusque des pertes de sang habituelles, 167.

Des polypes celluleux et vasculaires, 367. — Age où cette affection est le plus commune, 369. — Obs. XXII. Polypes vésiculaires, remplissant le col de la matrice; excision; guérison, 370.—Obs. XXIII. Pertes utérines; procidence du museau de tanche; polypes muqueux; excision; hémorrhagie; tamponnement, 371,

De quelques autres affections du col de l'utérus, 372.— Un dixième environ des femmes de 40 à 60 ans succombe à des affections des ovaires, de la matrice ou de son col, *id.* — Maladies du col de l'utérus, *id.* — Moyens de diagnostic, *id.* — Importance des divisions établies sous le rapport du traitement, 375. — Deux méthodes sont employées, l'excision et la cautérisation, 376. — Moyens palliatifs, 378.

ART. VIII. — DE L'ONGLE RENTRÉ DANS LES CHAIRS, 379. — Études anatomiques, *id.* — Les affections morbides de la peau qui environnent les ongles sont toujours de nature inflammatoire, 381. — La maladie appelée ongle rentré dans les chairs doit être divisée en deux espèces, suivant qu'elle occupe les parties extrêmes et latérales de l'ongle, ou suivant qu'elle occupe la matrice de l'ongle, 382.

Maladies attaquant les extrémités et les bords latéraux de l'ongle, *id.* — Définition, 383.— Siége du mal, *id.*— Causes de cette maladie, *id.*— Symptômes, 384.— Obs. I. Ongle rentré dans les chairs; division de l'ongle; avulsion; guérison, *id.* — La maladie abandonnée à elle-même n'est point susceptible de guérison, 385. — Divers moyens de traitement ont été employés contre cette maladie, 586. — Procédé d'Albucasis, de Paul d'Egine, d'Aquapendente, de Fabrice de Hilden, *id.* — Procédé de Desault, *id.* — Procédé de M. Guilmot, 387. — Méthode de M. Brachet, 388.— Modification de M. Sommé, 389. — Procédés de MM. Blaquière et A. Cooper, *id.* — Objections, *id.*

Procédé de M. Dupuytren, 391. — Sa description, *id.* — Obs. II. Ongle rentré dans les chairs; avulsion de sa moitié externe, 392. — Obs. III. Avulsion de l'ongle entré dans les chairs; cautérisa-

tion des fongosités, 393. — Obs. IV. Tumeur osseuse, existant depuis plusieurs mois sur la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil droit et soulevant l'ongle ; extirpation de la tumeur avec le bistouri ; enlèvement de l'ongle, 394.

Deuxième espèce, 396. — M. Wardrop a confondu cette seconde espèce avec plusieurs autres variétés, *id.* — M. Dupuytren en a donné une description exacte, *id.* — De quelques causes de cette deuxième espèce, 397. — De l'action du virus syphilique et de l'onglade, *id.* — M. Dupuytren ne pense pas que l'onglade soit de nature syphilitique ; faits sur lesquels il s'appuie, 398. — Obs. V. Onglade, 399. — Obs. VI. Onglade, *id.*

La destruction de l'ongle a été vue chez des individus affectés de dartres, 401. — Caractères propres à faire distinguer si la maladie résulte d'une altération primitive de la peau ou de l'enfoncement de l'ongle dans les chairs, 402. — Symptômes de la deuxième espèce, *id.* — Traitement proposé par M. Dupuytren, 404. — Pansement, 405. — M. Dupuytren ne croit pas toujours l'opération indispensable, 405. — Obs. VII. Enlèvement de la matrice de l'ongle, *id.* — Obs. VIII. Au pied gauche, enfoncement de l'ongle dans les chairs ; avulsion ; au droit, affection de la matrice de l'ongle ; enlèvement de l'ongle, 408. — Obs. IX. Ongle écrasé ; ulcération ; opérations réitérées ; guérison, 409. — Obs. X. Ongle rentré dans les chairs ; différentes récidives ; traitements divers, 410.

Explication de M. Jardon sur la reproduction de l'ongle incarné, 411. — Conclusions, 412.

ART. IX. — D'UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE DE TUMEURS FIBRO-CELLULEUSES ENKYSTÉES, CONNUES SOUS LE NOM DE GANGLIONS OU TUBERCULES NERVEUX, 414. — Définitions des kystes, *id.* — Définition de ces tumeurs, 415. — Opinion de Cheselden, de Chaussier, 416. — Recherches de M. Descot, 417. — Nature de ces tumeurs, *id.* — Leur siége, *id.* — Obs. I. Tubercule à la partie supérieure et externe de la cuisse droite ; excision ; guérison, 418. — Obs. II. Ganglion situé sur le nerf de la cinquième paire ; section d'une branche sans succès ; extirpation du corps ; guérison, 420. — Obs. III. Ganglion situé sur le trajet du nerf sous-orbitaire ; erreur de diagnostic ; extirpation ; guérison, *id.*

Le premier degré du cancer ou du squirrhe a beaucoup d'analogie

avec ces tumeurs, 422. — Obs. IV. Ganglion situé au-devant du radius ; extirpation ; guérison, *id.* — Preuves en faveur de leur nature squirrheuse, *id.* — Influence de l'âge et du sexe, *id.* — Obs. V. Ganglion sur le trajet d'un doigt ; opération ; guérison, 428. — Ces tumeurs peuvent se développer sous l'influence d'une affection rhumatismale, *id.* — Obs. VI. Ganglion sur le gros orteil ; changement de lieu ; guérison, *id.*

Les causes occasionnelles sont fort obscures, *id.* — Ces tumeurs se développent aux membres, et surtout aux membres inférieurs, *id.* — Ces tumeurs ont été aussi vues au dos, au scrotum, à la face, à la mamelle, 424. — Elles sont rarement multiples, *id.* — Symptômes, *id.* — Les douleurs causées par ces tumeurs ont souvent été confondues avec celles des affections rhumatismales ou névralgiques, *id.* — On a confondu ces tumeurs avec les ganglions, 425. — Quelques petits lipomes ont été pris pour ces tumeurs, *id.* — L'erreur serait plus facile si on avait affaire aux névrotèmes, 426. — Pronostic, *id.* — Traitement *id.* — Obs. VII. Ganglion pris pour une affection rhumatismale ; extirpation ; guérison, 427. — Obs. VIII, 428. — Obs. IX., 429.

ART. X. — DU PHLEGMON DIFFUS ET DE L'ANTHRAX ; CARACTÈRES DISTINCTIFS; TRAITEMENT, 430. — Différence du phlegmon circonscrit et du phlegmon diffus, *id.* — Obs. I. Phlegmon circonscrit à la cuisse, *id.* — La fièvre traumatique peut être confondue avec la fièvre du phlegmon, 432 — Obs. II. Phlegmon diffus à la jambe gauche, suite de contusions, 432. — Le phlegmon peut se terminer par résolution ; mais presque toujours à la jambe il se termine par suppuration, 433. — Danger de la terminaison par suppuration, *id.* — La gangrène consécutive de la peau est fort commune aux membres inférieurs, *id.*

Siége du phlegmon à la tête, 434. — Cause pour laquelle la gangrène envahit rarement le cuir chevelu dans le phlegmon, *id.* — Causes du phlegmon diffus, *id.* — Obs. III. Phlegmon diffus du membre inférieur droit, suite d'une saignée du pied, 435. — Autres causes du phlegmon diffus, 438. — Obs. IV. Phlegmon diffus, large et profond du membre supérieur gauche, suite d'une morsure au petit doigt, 439.

Obs. V. Phlegmon diffus de l'extrémité supérieure droite, suite de l'introduction d'une épine dans le doigt médius ; plegmon diffus

spontané de l'extrémité inférieure; mort, 440. — Symptômes qui annoncent le début du phlegmon, 441. — Symptômes de la période de croissance, 442. — Symptômes du dernier degré, 443. — Complications, 445. — Terminaisons funestes, *id.* — Obs. VI. Phlegmon diffus de la jambe gauche; hypertrophie du cœur; mort; autopsie, *id.* — Obs. VII. Phlegmon diffus du pied droit, suite d'une plaie par piqûre; gangrène; amputation du deuxième orteil; méningite chronique; gastro-entérite; mort; 449.

Résumé des faits principaux de l'histoire du phlegmon diffus, 452. — Importance de l'état des voies digestives, 453. — Le phlegmon diffus peut tenir à une cause interne ou externe, 453. — Traitement du phlegmon, 454. — Obs. VIII. Phlegmon diffus de la jambe; application d'un vésicatoire; guérison, 455. — Réflexions sur l'emploi du vésicatoire dans le phlegmon, 457. — Obs. IX. Phlegmon diffus de la jambe gauche; vésicatoire près du centre inflammatoire; guérison, 458. — Les vésicatoires conviennent encore dans certains érysipèles œdémateux, 460. — Obs. X. Vésicatoire sur un érysipèle œdémateux, *id.* — Les vésicatoires sont aussi utiles pour fixer les vésicatoires ambulants, 461. — Obs. XI. Érysipèle ambulant, guéri par l'application de vésicatoires, *id.* — Bon usage des vésicatoires sur les inflammations qui se manifestent sur le trajet des troncs des vaisseaux lymphatiques, 462. — Obs. XII. Inflammation des vaisseaux lymphatiques à la suite d'une plaie au petit orteil; vésicatoire à la partie externe du genou; guérison, 462. — De l'emploi des vomitifs et des purgatifs dans certains états saburraux des voies intestinales, 463. — Des autres conditions de traitement, 463. — Mode de pansement, 466. — Régime, *id.* — Précautions à prendre quand la maladie siège aux extrémités inférieures, 467.

Considérations sur l'anthrax, 468. — Définition de l'anthrax, *id.*; son siége, *id.* — Différence de l'anthrax et du furoncle, 469. — Pronostic, *id.* — Traitement, *id.* — Obs. I. Anthrax sur le dos; incision cruciale; guérison, 470. — Obs. II. Anthrax du cou; incision; guérison, 471. — Terminaison de l'anthrax par l'ulcère fistuleux, *id.* — Obs. III. Anthrax dans le dos; plaie considérable; pansement méthodique; guérison fort simple, 472. — Indication à remplir dans le traitement, *id.*

ART. XI. — DE LA RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS

ET DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL, 473. — Les auteurs se sont fort peu occupés de cette maladie, *id.* — Asthley Cooper en a dit quelques mots, *id.* — Causes auxquelles on a attribué cette maladie, 474. — Conditions dans lesquelles se trouvent les individus qui présentent cette maladie, 475. — Symptômes, *id.* — Cause prochaine de cette affection, 477. — Obs. I. Rétraction permanente des doigts ; mort ; dissection, 478. — Les opinions émises sur les causes de cette maladie ont occasionné beaucoup d'incertitude dans les moyens thérapeutiques, 479. — M. Dupuytren a d'abord employé l'extension permanente, 480.

Obs. II. Contraction de l'annulaire et du petit doigt, guéris complétement par le simple débridement de l'aponévrose palmaire, *id.* — Comment l'aponévrose palmaire peut-elle déterminer de semblables effets? 484. — Examen anatomique de cette aponévrose, *id.* — Obs. III. Rétraction des doigts; opération, 485. — Diagnostic différentiel, 487. — La cause peut tenir à une altération des phalanges, 488. — Obs. IV. Altération des phalanges ; rétraction, *id.* — Rétraction par suite de cicatrice, *id.* — Obs. V. Cicatrice simulant la corde, *id.* — Obs. VI. Rétraction du doigt annulaire par la destruction de son extenseur. — Section du fléchisseur inutilement pratiquée, 489. — Une plaie contuse peut produire la rétraction, 490. — Obs. VII. Plaie contuse déterminant une rétraction du doigt, *id.* — Les cicatrices des brûlures déterminent des rétractions, 491. — Obs. VIII. Rétraction du doigt médius par suite d'une cicatrice vicieuse de brûlure ; incision de la bride ; guérison, 491.

Certaines professions peuvent occasionner la rétraction, 493. — Obs. IX. Déformation des substances articulaires ; rétraction des quatre derniers doigts, *id.* — La blessure des tendons peut en imposer pour une rétraction, 494. — Obs. X. Blessure d'un tendon des fléchisseurs ; rétraction, 494. — La blessure d'une articulation est encore une des causes de rétraction, 495. — Obs XI. Rétraction déterminée par la blessure d'une articulation, *id.* — Des brides placées sur le dos de la main peuvent déterminer la rétraction, 496. — Obs. XII. Rétraction du médius gauche par bride sur le dos de la main ; opération suivie d'un plein succès, 496.

Pièce pathologique démontrant le siége de la maladie, 499. — La rétraction peut se montrer à la plante du pied ; elle est alors due à la rétraction de l'aponévrose plantaire, 501. — La rétraction des

orteils a quelquefois nécessité l'amputation, 501. — Obs. XIII. Rétraction du second orteil ; amputation ; guérison, *id.*

ART. XII. — DES BRULURES ; DE LEURS CAUSES, DE LEURS DIVERS DEGRÉS, DE LEURS COMPLICATIONS, DE LEURS CARACTÈRES ANATOMIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT ; MOYENS DE DIRIGER CONVENABLEMENT LA CICATRISATION DES PLAIES PRODUITES PAR LES BRULURES, ET D'OBTENIR UNE BONNE CICATRICE, 503. — Causes qui rendent les brûlures très fréquentes en hiver, *id.* — Définition de la brûlure, 505. — Différences des effets suivant les corps, *id.* — Division de la brûlure en trois, quatre degrés, division de la brûlure en six degrés par M. Dupuytren, 508. — Définition de chacun de ces degrés, 509.

De la combustion spontanée, 512.—M. Dupuytren refuse à l'alcool de déterminer exclusivement la combution spontanée, *id.* — Il attribue la combustion à une brûlure accidentelle activée par la présence d'une grande quantité de graisse, 514.—Observ. relative à ce sujet, 515.

En quoi la théorie de M. Dupuytren sur les brûlures diffère de celle des auteurs, 516. — Les six degrés de la brûlure se trouvent rarement seuls ; presque toujours ils sont combinés entre eux, *id.* — Symptômes propres aux brûlures, 517. — L'érysipèle et le phlegmon diffus peuvent compliquer les brûlures, 520. — La vie des malades peut être menacée à quatre périodes différentes, que M. Dupuytren désigne par les noms de périodes d'irritation, de période d'inflammation, de période de suppuration, et de période d'épuisement, 520.

Recherches nécroscopiques, *id.* — Pronostic des lésions, 522. — Obs. I. Brûlure du genou au cinquième degré ; lésion et suppuration abondante de l'articulation, 523. — Gravité des accidents suivant les différents degrés, 524. — Obs. II. Brûlures aux cinquième et sixième degrés de toute la surface du corps par les vêtements enflammés ; mort ; autopsie, 526. — Obs. III. Brûlures du premier au cinquième degré de presque toute la surface du corps par les vêtements enflammés ; mort par asphyxie pendant la période d'irritation ; autopsie, 528. — Obs. IV. Asphyxie par le charbon ; brûlures aux quatre premiers degrés de plusieurs régions du corps par du bouillon en ébullition et par le brasier ; mort pendant la période de réaction ; autopsie, 531. — Obs. V. Brûlures à

divers degrés par la combustion des vêtements ; tétanos produit par la réaction inflammatoire ; mort : autopsie, 532. — Obs. VI. Brûlures du premier au troisième degré ; phlegmon diffus survenu au moment de la période de réaction et suivi de symptômes de gastro-entérite et de méningite ; mort ; autopsie, 535. — Obs. VII. Asphyxie par le charbon ; brûlures du deuxième au quatrième degré par la combustion des vêtements ; déviation des règles par la plaie ; accidents divers à la suite de la période de suppuration et d'épuisement ; mort au bout de huit mois, 537.— Obs. VIII. Brûlures aux deux pieds du premier au quatrième degré par un pédiluve ; phlegmon diffus ; mort ; autopsie, 538.

Résumé des faits principaux de ces sept observations, 540. — Les brûlures ont été toujours l'objet de traitements empiriques, 541. — Obs. VIII *bis*. Brûlure au dernier degré ; traitement empirique ; mort, *id.*

Bases sur lesquelles repose le traitement des brûlures ; des soins généraux qu'exige l'état des sujets suivant la gravité et les différentes périodes de la maladie, 549.

La brûlure a été proposée comme moyen curatif de l'épilepsie, 549.— Obs. IX. Épileptique ; brûlures aux troisième et quatrième degrés de la partie postérieure du membre abdominal droit ; guérison complète le cent quarante-cinquième jour ; point d'attaque d'épilepsie pendant la durée du traitement, 550. — Obs. X. Épileptique ; brûlure aux quatre premiers degrés de tout le côté droit de la face, de tout le côté droit du cou, et de la partie supérieure de la poitrine ; accidents graves ; suppuration abondante ; guérison le quatre-vingt-quatorzième jour ; douze attaques d'épilepsie pendant la durée du traitement, 551.— Obs. XI. Aliénation mentale : brûlure volontaire de la main droite au cinquième degré ; guérison des deux maladies, 553. — Obs. XII. Brûlure du premier au sixième degré au côté gauche de la face, au cinquième degré à la partie externe de l'épaule gauche ; destruction d'une portion de la parotide ; fistule salivaire ; nécrose d'une portion de l'os de la pommette et de l'arcade zygomatique ; guérison, 555. — Obs. XIV. Brûlure au quatrième degré de tout le membre supérieur droit ; suppuration abondante ; déviation des règles par la plaie ; guérison, 557.

Considérations sur la déviation des règles par les plaies, 559. — Tableau statistique relativement au sexe, à l'âge et au siége, 561. — Degrés des brûlures ; causes de mort, 562.

Travail de la réunion par première intention, 562. — Travail de la cicatrisation dans les pertes de substance, 563. — Tissu inodulaire, tissu de cicatrice, tissu de cicatrice étalé, *id.* — Méthode de traitement applicable à chaque degré pour obtenir une bonne cicatrisation, et pour corriger les cicatrices vicieuses, 564. — Premier degré, *id.*— Deuxième degré, 565.—Troisième et quatrième degrés, 567.—De l'importance de la position, 577.—Nécessité des bandages, 580. — De la variété des appareils suivant les parties blessées, 581.— Des bandelettes agglutinatives, 582.—Cinquième et sixième degrés, *id.* — Traitement dans ces sortes de brûlures, 583. — Connaissance exacte des dispositions physiques et anatomiques des cicatrices, *id.*— Du tissu de cicatrice, 584. — Les cicatrices diffèrent d'aspect et de texture selon les causes, 586.—Le développement de l'appareil vasculaire est très variable, *id.*—L'inflammation détruit très rapidement les cicatrices, 587.— Les cicatrices sont un motif d'exemption du service militaire, 588. — La cicatrisation des brûlures donne lieu à une foule de difformités, 589.

Des effets de la brûlure au premier degré à l'état chronique, *id.* — De la congestion sanguine, de la flétrissure, des vergetures, *id.* — Des marbrures, 590. — L'action lente et prolongée du calorique finit par déterminer des varices, *id.* — Difformités résultant des brûlures avec perte de substance, *id.*

Les difformités des brûlures se réduisent à un petit nombre de chefs, les cicatrices trop étroites, saillantes, les adhérences, les oblitérations contre nature et les pertes d'organe, 593. — Traitement de ces difformités, *id.* — Principes qui doivent diriger dans les opérations à pratiquer par suite de brûlures, 594. — Remarques sur les différences des procédés opératoires suivant l'espèce de brûlure à laquelle la difformité que l'on veut détruire a succédé, 599.

Obs. XIII. Rétraction des doigts par suite d'une brûlure; adhérence de l'un d'eux avec la paume de la main; brides de la face palmaire de la main; opération, 601. — Obs. XIV. Brûlure ancienne; bride s'étendant de la main à l'avant-bras; section de la bride; appareil à extension continue, 602.

ART. XIII. — DES PRÉPARATIONS D'ARSENIC CONTRE LES ULCÉRATIONS CANCÉREUSES ET AUTRES AFFECTIONS RONGEANTES, 604. — Ces maladies sont sujettes à récidive, *id.* — L'arsenic est le meilleur remède, *id.*—Les dangers de ce médi-

cament l'ont fait abandonner de beaucoup de médecins, 605. — De quelques unes des préparations d'arsenic, *id.* — Préparation de M. Dupuytren, *id.* — Effets des préparations arsenicales, 606. — Les préparations dont M. Dupuytren fait usage sont pulvérulentes ou liquides, *id.* — Mode de préparation de M. Dupuytren, *id.* — Obs. I. Ulcération carcinomateuse de la lèvre inférieure ; application de la pâte arsenicale ; guérison, 607. — Moyens à employer contre les dangers de l'arsenic, 608. — Mode d'application de ces préparations, *id.*

ART. XIV. — DE LA LITHOTOMIE, 609. — Définition de l'opération, *id.* — Historique de la lithotomie, *id.* — Méthode de Celse, 610. — Procédé de Jean des Romains, 611. — Troisième méthode dite de Franco, 611. — Quatrième méthode dite du frère Jacques de Beaulieu, source de tous les procédés les plus généralement suivis aujourd'hui pour la taille, 612. — Cette méthode fut adoptée par Raw, qui se l'appropria, 612.

Lithotomie chez les hommes, 613. — Considérations anatomiques, *id.* — Méthode par incision du col de la vessie sans conducteur, dite méthode de Celse, 616. — Raisons pour lesquelles cette opération ne saurait être appliquée dans tous les cas, 619. — Méthode par dilatation du col de la vessie, imaginée par Jean des Romains, 619. — Cette méthode a été décrite par Marianus Sanctus, *id.* — Observations de Tolet, 621. — Méthode par incision du col de la vessie sur un cathéter ; c'est la méthode latéralisée, la plus généralement employée aujourd'hui, 622. — Incision des parties extérieures et de l'urètre, 624. — Incision du col de la vessie, 626 — Le lithotome de frère Cosme est un des meilleurs instruments employés à la lithotomie, 629. — Extraction des calculs, 630. — De quelques règles applicables à certains cas, 631. — Accidents de l'opération, 633. — Lésion du rectum, 636.

Méthode par incision du corps de la vessie sous les pubis, 639. — Ledran croit avoir retrouvé le procédé de Raw, 641. — Recherches de Foubert, *id.* — Méthode par incision du corps de la vessie au-dessus des pubis, 643. — Considérations anatomiques, *id.* — Premier procédé, 645. — Deuxième procédé, 646. — Troisième procédé, 648. — Observation sur cette méthode, 652. — M. Deschamps a proposé, pour détourner les urines de la vessie, de faire une ponction à la vessie et au rectum, 655.

Lithotomie chez les femmes, 656. — Considérations anatomiques, *id.* — Méthode par dilatation du col de la vessie, 658. — Méthode par incision du col de la vessie, 660. — Procédé par incision dirigée entre la symphyse des pubis, 662. — Méthode par incision du corps de la vessie par-dessus les pubis, 664. — Des fistules vésico-vaginales et de la lithotomie vaginale, 665.

ART. XV. — NOUVELLE MANIÈRE DE PRATIQUER L'OPÉRATION DE LA TAILLE, 667. — SECTION Ire. Des dangers de l'opération de la pierre et de leurs causes, 668. — Tableau du résultat de trois cent cinquante-six opérations de la pierre pratiquée à Paris ou dans ses environs dans l'espace de dix ans, 671. — Causes les plus ordinaires de la mort des malades, 672.

SECTION II. De quelques essais pour diminuer les dangers de l'opération de la pierre, 676. — De la taille recto-vésicale par M. Sanson, 686. — Quelques mots sur la lithotritie, 687.

SECTION III. Esquisse anatomique de la région postérieure du périnée, 689.

SECTION IV. Description de l'opération, 702. — Description du double lithotome, 701. — Procédé opératoire, 706.

SECTION V. Appréciation de la méthode sous les points de vue historique et pratique, 709. — M. Dupuytren s'est empressé de reconnaître la similitude de sa méthode avec celle de Celse, *id.* — Cette méthode mérite-t-elle la préférence sur les autres méthodes, 711.

SECTION VI. Résultats statistiques et observations, 713. — Note sur l'article CYSTOTOMIE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 714 — Tableau comparatif des guérisons et des morts à la suite de la taille transversale, 715. — Obs. I. Taille tranversale sur un homme de soixante-six ans, épuisé par les douleurs de la pierre; hémorrhagie par suintement qui commence le cinquième jour de l'opération, et continue jusqu'au neuvième; mort; autopsie, 717. — Obs. II. Calculs vésicaux et prostatiques; taille bilatérale; mort; autopsie, 719.

Obs. III. Calculs multiples; taille bilatérale; profondeur considérable du périnée; vessie à trois loges; mort; autopsie, 721. — Obs. IV. Calcul engagé dans le col de la vessie; taille transversale; guérison, 723. — Obs. V. Calcul vésical: urines purulentes; taille transversale; extraction difficile; guérison, 724. — Obs. VI.

Calcul vésical : douleurs atroces ; taille transversale ; guérison rapide, 725. — Obs. VII. Calcul compliqué de fistule recto-vésicale ; taille transversale guérison, 727. — Obs. VIII. Calcul vésical ; tentative infructueuse de lithotritie ; fistule vésico-rectale ; taille bilatérale ; guérison, 730. — Obs. IX. Calcul vésical ; accidents simulant une phthisie pulmonaire au premier degré ; tentatives infructueuses de lithotritie ; taille bilatérale ; guérison, 735.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

